



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORUYUCU PSİKIYATRİK YAKLAŞIMLAR AÇISINDAN
İNTİHARI ÖNLEMENE YÖNELİK WEB SAYFALARININ
KAPSAM ANALİZİ**

Çiğdem ŞEN TEPE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce 2019



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORUYUCU PSİKIYATRİK YAKLAŞIMLAR AÇISINDAN
İNTİHARI ÖNLEMeye YÖNELİK WEB SAYFALARININ
KAPSAM ANALİZİ**

Çiğdem ŞEN TEPE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce 2019

Form:6

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
"Koruyucu Psikiyatrik Yaklaşımlar Açısından İntiharı Önlemeye Yönelik Web Sayfalarının
Kapsam Analizi"
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 05/08/2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Gülgün DURAT
Sakarya Üniversitesi
Başkan




Doç Dr. Fatma EKER
Düzce Üniversitesi
Üye


Dr. Öğretim Üyesi Aysel KARACA
Düzce Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 05/08/2019 tarih ve 2019/255 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

05/08/2019

Çiğdem ŞEN TEPE

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve beni destekleyen tez danışmanım çok değerli hocam Doç. Dr. Fatma Eker'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle beni destekleyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Yıldırım Şişman, Dr. Öğr. Üyesi Aysel Karaca ve Öğr. Gör. Dilek Demirezen'e,

Tanıştığım andan itibaren gerek bilgi gerekse manevi desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Gülgün Durat'a,

Her zaman desteğini gördüğüm, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Manevi desteklerini, sabırlarını ve sevgilerini esirgemeyen hep yanımda olan aileme ve sevgili eşim Gökhan Tepe'ye

Teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çiğdem ŞEN TEPE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....	iv
RESİM LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ	3
1.1 PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ.....	3
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1 İntiharın Tanımı	6
2.2. İntiharın Epidemiyolojisi	7
2.3.İntiharın Risk Faktörleri.....	9
2.3.1. Bireysel etmenler	9
2.3.2. İlişkisel etmenler.....	13
2.3.3.Yaşanan çevreyle ilgili etmenler.....	13
2.3.4. Toplumsal etmenler	14
2.3.5. Sağlık sistemiyle ilgili etmenler	14
2.4.İntiharın Kuramsal Çerçevesi	14
2.4.1. Psikolojik kuram	15
2.4.2. Sosyolojik kuram	16
2.4.3 Biyolojik kuram	16
2.5 İntiharı önleme	17

2.5.1 Türkiye’de intiharı önlemeye yönelik yapılan çalışmalar	19
2.5.2 İntiharı önlemede kullanılan yöntemler	21
2.6 İntiharı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	25
2.7 İnternet	27
2.8 Web Sayfası Kavramı	27
2.9 Sağlık Alanında İnternet ve Web Sayfası Kullanımı	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1 Araştırmanın Şekli	30
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.3 Veri Toplama Araçları ve Verilerin Özellikleri.....	31
3.4 Verilerin Analizi	32
3.5 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1 Sonuçlar.....	50
6.2 Öneriler	51
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ	77

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IFOTES	Uluslararası Telefonla Acil Hizmetler Federasyonu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
NIMH	Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
WACH	Dünya Kriz Yardımları İttifakı Birliği
WHO/EURO	Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa
5-HIAA	5-hidroksiindol asetik asit
n	Kişi sayısı
%	Yüzde işareti

RESİM LİSTESİ

Resim 2.1 DSÖ Ortalama Yaşa Göre, Her İki Cinsiyet İçin İntihar Oranları (100 Binde), 2016 ³..... 8



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 İntihar Amaçlı ve İntihar Amaçlı Olmayan Davranışların Tanımları.....	7
Tablo 2.2 Türkiye’de 2001-2017 Yılları Arasındaki İntihar Sayıları ve Kaba İntihar Hızı	9
Tablo 4.1 Araştırmaya Dahil Edilen Web Sitelerinin Kıtalara Göre Dağılımları (n:147)	33
Tablo 4.2 Araştırmaya Dahil Edilen Web Sayfalarının Kaynak Alındığı Siteler (n:147)	34
Tablo 4.3 Web Sitelerindeki Yapısal Tasarım Unsurları (n:147)	35
Tablo 4.4 Web Sayfalarının Yapılma Amaçlarının Dağılımı (n:147)	36
Tablo 4.5 Web Sayfalarında Bireylere Sunulan Terapilerin Dağılımı (n:147)	36
Tablo 4.6 İntihara Yönelik Hazırlanan Web Sayfalarının İçeriğine Dair Özellikleri (n:147)	37
Tablo 4.7 Web Sitelerinde Danışanların İletişim İçin Kullandıkları Yöntemler (n:147)	38
Tablo 4.8 Web Sayfalarının Bağlantılı Oldukları Sosyal Medya Hesapları (n:147)	38
Tablo 4.9 Web Sayfalarının Bağlı Olduğu Kuruluşlara Göre Danışmanlık Verenlerin Yüzdeleri.....	39
Tablo 4.10 İntihara Yönelik Web Sayfalarının Kapsamına İlişkin Özellikleri (n:147)	39

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.3 Yaşa ve Cinsiyete Göre Küresel İntihar Oranları.....	10
Şekil 2.5.1: DSÖ İntiharı Önleme Halk Sağlığı Modeli.....	18
Şekil.3.2.1 Evren ve Örneklem Akış Şeması.....	31

ÖZET

KORUYUCU PSİKİYATRİK YAKLAŞIMLAR AÇISINDAN İNTİHARI ÖNLEMeye YÖNELİK WEB SAYFALARININ KAPSAM ANALİZİ

Çiğdem ŞEN TEPE

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma EKER

Ağustos 2019, 77 sayfa

Bu çalışma, intiharı önleme ve yardım amacını içeren web sayfalarının koruyucu psikiyatri bağlamında kapsam analizinin yapılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemine intiharı önlemeye yönelik dünya üzerinde en yaygın kullanılan uluslararası sosyal medya platformlarında ve web’te bağlantıları olan 147 web sayfası oluşturdu. Kapsam analizinin yapılması için araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formunda Dünya Sağlık Örgütü tarafından intiharı önlemeye yönelik hazırlanmış kriz hattı kılavuzu ve medya profesyonelleri için hazırlanan kılavuz kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programı ve verilerin analizinde betimleyici analiz yöntemleri kullanıldı. Araştırma sonucunda, web sitelerinin çoğunluğunun (%51.7) Avrupa kökenli olduğu, ruh sağlığı ve intiharı önleme dernekleri tarafından hazırlandığı (%85), intiharı önleme (%48.0) ve krize müdahale (%26) amacıyla oluşturulduğu belirlendi. Çoğunluğunda (%69.5) eğitim almış gönüllüler danışmanlık hizmetini online ve telefon aracılığı ile sunmaktaydı. Web sayfalarının %28.9’unda intihar hakkında bilgiye yer verilirken, kendi kendine yardım konusunda yapılması gerekenler %14.7 oranındaydı. Web sayfası üzerinden danışmanlarla iletişim için en yaygın kullanılan yöntem %96.6 oranında telefonla yardımdı. Web sitelerinin çoğunluğunun (%76.2) sosyal medya bağlantısı vardı ve “Facebook” en fazla bağlantı kurulan sosyal medya sitesiydi. Web sayfalarının bazılarının içeriklerini güncellemediği, iletişim bilgilerini yenilemediği bu nedenle ulaşımın sağlanmasında zorluklar yaşandığı kullanıcı yorumlarında görüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, ulusal ve uluslararası düzeyde hazırlanacak krize müdahale ve intiharı önlemeye yönelik web sayfasının kapsamı, içeriği ve sürdürülebilirliği ile ilgili önerilerde bulunuldu.

Anahtar sözcükler: İntiharı önleme, İnternet, web tabanlı müdahale, kendi kendine yardım, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

THE CONTENT ANALYSIS OF WEB PAGES FOR PREVENT SUICIDE IN TERMS OF PROTECTIVE

Çiğdem ŞEN TEPE

Master's Thesis, Department of Nursing

Assist. Prof. Fatma EKER

August 2019, 77 pages

This study was conducted as a descriptive study for the content analysis of web pages including suicide prevention and help pages in the context of preventive psychiatry. The universe and sample of the study consisted of 147 web pages with links to the most widely used international social media platforms and web pages in the world to prevent suicide. In order to conduct the scope analysis, the data collection form created by the researcher used the crisis line guide prepared by the World Health Organization to prevent suicide and the guide prepared for the media professionals. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 program was used for data analysis. Descriptive analysis methods were used for data analysis. As a result of the research, it was determined that the majority of the websites (51.7%) were of European origin, prepared by mental health and suicide prevention associations (85%), suicide prevention (48.0%) and crisis intervention (26%). In the majority of the website (69.5%), volunteers were trained and offered counseling online and over the phone. While 28.9% of the web pages included information about suicide, self-help needs were 14.7%. The most commonly used method of contacting consultants via the website was 96.6% telephone assistance. The majority of websites (76.2%) had social media links, and "Facebook" was the most linked social media site. It was seen in user comments that some of the web pages did not update their content and did not renew their contact information and therefore there were difficulties in providing communication. In line with the findings obtained from the research, suggestions were made on the scope, content and sustainability of the web page to prevent crisis intervention and suicide to be prepared at national and international level.

Key words: Suicide prevention, Internet, web based intervention, self-help, psychiatric nursing

1.GİRİŞ

1.1 PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Evrensel bir sağlık sorunu olarak kabul edilen intihar, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesi ve bireyin kendi benliğine yönlendirdiği bir saldırganlık durumudur. Bu nedenle intihar bir tanı ya da bir hastalık olmayıp bir davranıştır¹. İntihar düşüncesi; intiharı düşünme, isteme ya da planlama fakat bu amaçla eyleme geçmeme olarak tanımlanırken, intihar girişimleri kişinin intihar niyetiyle kendine zarar vermesi ya da yaralanmasıyla sonuçlanan ölümcül olmayan eylemler olarak tanımlanır².

Dünya genelindeki ölümlerin nedenlerine bakıldığında, intihar 16. sırada yer almakta ve tüm ölümlerin %1.4'ünü oluşturmaktadır. 15-29 yaş grubundaki genç nüfusta ise ikinci ölüm nedenidir³. Dünyada her 40 saniyede bir kişi intihar etmekte intihar girişimleri ise bu oranın 10-20 katı olarak ifade edilmektedir⁴.Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 3069 kişidir. İntihar edenlerin %77.2'sini erkekler, %22.8'ini ise kadınlar oluşturmuştur⁵.

İnsanlar dönem dönem intihar düşüncesine ve/veya intihar eğilimine sahip olsa da toplum tarafından damgalanacaklarını düşündükleri için çoğu kez bu istek ve niyetlerini gizleme eğilimi gösterirler. Bu nedenle örtük yada açık herhangi bir intihar girişimi ve/veya düşüncesinin, intihar riskine yönelik önemli bir gösterge olarak ele alınması gerekir. TÜİK'in 2013 yılında İzmir ilinde yapmış olduğu bir çalışmaya göre 209 tamamlanmış intihar vakasına karşın, 4620 intihar girişiminde bulunulmuştur. Aynı çalışmada intihar davranışında bulunma sayısı gerçekleşen intihar sayısının yaklaşık 22 katı olarak bulunmuştur⁶. Bu nedenle intihara yönelik önleyici müdahaleler önem kazanmaktadır.

İntihar küresel bir halk sağlığı sorunudur ve önlenmesi için geliştirilecek stratejilerde birçok kurumun ve meslek grubunun iş birliğine ihtiyaç vardır^{7,8}. Halen ulusal intiharı önleme programı geliştirmiş 38 ülkeye karşın bir çok ülkede intiharı önleme stratejileri ulusal ruh sağlığı eylem planı içinde yer almaktadır^{3,9}. Ulusal intiharı önleme programı olan ülkelerde, bu programların hedefleri intiharı önlemeye yönelik eğitim çalışmaları düzenlemek, intihar ve ruhsal hastalıkların medyadaki sunumunu denetlemek, yardım arayışında bulunanlara karşı toplumda oluşan damgalamayı azaltmak gibi eylemler vardır⁹.

Ülkemizde intihara yönelik hizmet veren herhangi bir web tabanlı müdahale olmamasına karşın, halen 68 ülkede 26 farklı dilde farklı içerik ve amaçlı web sayfalarının olduğu görülmektedir. Bunlar arasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortak görev yapan ve elliden fazla ülkede etkin olarak Internet destek hattı sunan örgütlenmeler bulunmaktadır^{10,11}. Bu web sitelerinin bir kısmı intihar etmek için yöntem aramak amacıyla araştırma yapan kişilerin intiharını engelleyebilecek önemli bilgiler sunabilmektedir¹². İntihar girişimi sonrasında hayatta kalan bireyler, toplum tarafından genellikle ilgi çekmeye çalışan insanlar olarak yargılanabilmekte ve/veya damgalanabilmektedir¹³. Bu nedenle telefon yada internet üzerinden anonimlik esasına dayanan programlara ilgi daha fazla olmaktadır. İnternette kimliğin kolayca gizlenebilmesi, intiharın kültürel ve toplumsal olarak kabul gören bir davranış olmaması internetin yardım aracı olarak kullanımını cazip hale getirmektedir¹⁴.

Araştırmalar eğitim ve bilgilendirmenin, intihar ve ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığı arttırdığını, toplumdaki olumsuz yorumları ve damgalamayı azalttığını göstermektedir. Ayrıca bireylerin yardım aramasını kolaylaştıran önemli bir intiharı önleme stratejisi olduğunu da göstermektedir^{7,13}. Doğrudan intihar eylemini gerçekleştirmeyi düşünen bireylerin bilgi ve danışmanlık alabileceği, ulusal, krize müdahale ve intihar düşüncesini önlemeye yönelik 24 saat hizmet veren bir merkezin olması ise hem kişilerin hızlı destek sistemlerine ulaşabilmesini, hem de bu kişilere sağlık personellerinin ulaşılabilirliğini kolaylaştırmaktadır.

Gelişen dünyada gelişen teknolojiyle birlikte psikiyatri hemşirelerinin rol ve işlevleri değişime uğramıştır. Psikiyatri hemşireleri, teknolojinin yardımıyla intihar düşüncesinde olan ve girişiminde bulunan bireylere ve ailelerine danışmanlık verme, bireyin yaşadığı krizi yönetmesine ve problemini etkin olarak çözmesine yardım etme, bireye etkili iletişim ve baş etme yollarını, stres yönetimini, sosyal destek kaynaklarını ve yararlanabileceği toplumsal kaynakları öğretme gibi işlevleri yerine getirebilir¹.

Ancak halihazırda ülkemizde intiharı önlemeye yönelik geliştirilmiş, intihar düşüncesi olan birey ya da intihar girişimi bulunan bireylerin ve ailelerinin ulaşabileceği 7 gün 24 saat bilgi, destek ve danışmanlık alabilecekleri, telefon ya da web tabanlı bir uygulama hizmeti bulunmamaktadır. Bu bağlamda geliştirilecek web tabanlı müdahalelerde rehber olması açısından bir çalışmaya gereksinim duyulmuştur.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, koruyucu psikiyatri bağlamında intiharı önleme ve yardım sayfalarını içeren web sayfalarının kapsam analizinin yapılmasıdır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 İntiharın Tanımı

Türk Dil Kurumuna göre intihar, “Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” olarak tanımlanmaktadır¹⁶. İntihar, tıbbi literatürde ise “suicidal” olarak adlandırılmaktadır. Bu kelime, “sui” (kendi) ve “cadera” (öldürmek) anlamına gelen iki Latince kelimenin bir araya gelmesiyle oluşan “suicadera” kelimesinin zaman içerisinde değişikliğe uğraması sonucunda kendini öldürmek anlamında, 1662 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Suicidology terimi de bu kelimeden türetilmiş olup "İntihar Bilimi" anlamına gelmektedir. Batı dillerinde kullanılan “suicide”, Türkçeye Arapça kökenli bir kelime olan “intihar” olarak geçmiştir¹⁷. Arapça göğüs, göğse vurma, deveyi boğazlama, gırtlığı bıçakla kesme, boğazından asılma, anlamlarına gelen “nahr” kökünden türetilmiştir¹⁸. İlk kez Tanzimat döneminde Türkçe’ye çevrilen eserlerde “kendini katletmek” yerine “intihar” kelimesi kullanılmaya başlanmıştır¹⁹. Günümüzde ise bazı kaynaklarda intihar yerine **özkıyım** ya da **özekıyım** gibi kavramlar kullanılmaktadır²⁰.

İntihar Davranışı

İntihar, belli birtakım baş edilemeyen sorunlara karşı çözümsüz olduğunu düşünme, içe kapanma, keder duygularına hapsolme, ruh sağlığının bozulması, katlanamayacak düzeyde ruhsal acılar yaşama, umudun azalması ve ufkun daralmasıyla birlikte baş gösteren bir davranıştır²¹. İntihar davranışı ise kişinin kendisini öldürmekle ilgili bilişsel uğraşlarını, intihar hazırlıklarını, girişimlerini ve tamamlanmış intiharların tümünü içeren genel bir kavramdır. Gordon, intihar amaçlı ve intihar amaçlı olmayan davranışlarını altı kategoride tanımlamıştır (Tablo 2.1)²².

Tablo 2.1 İntihar Amaçlı ve İntihar Amaçlı Olmayan Davranışların Tanımları

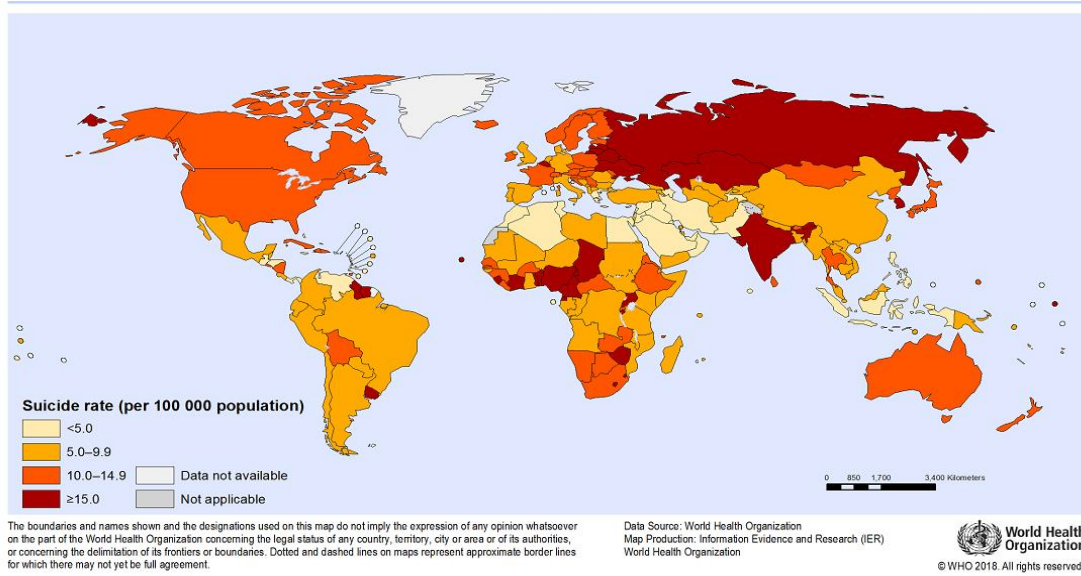
DAVRANIŞLAR	TANIMI
1)İntihar düşüncesi	Ölü olmayı istemek ile ilgili pasif ölüm düşüncesi ya da kendini öldürmekle ilgili aktif düşünceleri içerir, ancak hazırlık davranışı eşlik etmez.
2)İntihar planları	İntihar eylemini planlama ve bununla ilgili uğraşlar ile ilgili düşünceleri içerir.
3)Hazırlık işlemleri	İntihar girişiminde bulunulması için önlemler veya hazırlıkları kapsar. Buna spesifik bir yöntem (hap almak, ip almak) ya da intihar ederek ölümüne hazırlık yapmak gibi (intihar notu hazırlamak) sözlü anlatımın veya düşüncenin ötesinde herhangi bir şeyde dahildir.
4)İntihar girişimi	Kişinin kendisine potansiyel zarar verici ve eylem sonucunda ölme niyeti olan bir hareket yapmasıdır. Bir kişi intihar girişiminde bulunduğunu kabul edebilir veya reddedebilir, başka olasılığı bulunmayan davranış veya durumdan (yüksek bir yerden atlama, aşırı dozda ilaç alma) intihar niyeti çıkarılır. Bir intihar teşebbüsü gerçek yaralanma ile sonuçlanabilir veya olmayabilir.
5)Tamamlanmış intihar	Ölümlle sonlanan kendini yaralama davranışıdır ve eylemin ardında az ya da çok ölme niyeti vardır.
6)İntihar niyeti olmayan kendini yaralama davranışı	Yapılan davranış, sıkıntıyı azaltmak (çoğunlukla self-mutilasyon olarak adlandırılan yüzeysel kesikler ve çizikler, yanmaları içeren) veya başkalarında ya da çevrede değişimi etkilemek için yapılan intihar amacı olmayan hareketlerdir.

2.2. İntiharın Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 800 bin kişi intihardan dolayı hayatını kaybetmektedir. 15-29 yaş arasında ikinci ölüm nedeni intihardır³. Dünya çapındaki ölümlerin %1.4'ünü intihardan ölenler oluşturmaktadır. 2016 yılında meydana gelen intiharların %79'u düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. İntihar oranları aynı kıtada olan farklı ülkelerde değişiklik göstermektedir. DSÖ'nün ülkelere göre intihar oranları Resim 2.1 de görülmektedir. 2016 verilerine göre Avrupa ülkeleri arasında Litvanya, 100 bin kişide 31.9 ile en yüksek intihar oranına sahiptir²³. Yaklaşık 3 milyon nüfusa sahip olan Litvanya'da intihar oranını etkileyen faktörler arasında devletçi-sosyalist sistemden liberal-kapitalist sisteme geçiş esnasında insanların yaşadığı ekonomik ve sosyopolitik sorunlar, binlerce kişinin işsiz kalması,

aile kurumunun yıpranması, boşanmalar, gençler ve yaşlılar arasındaki sosyal çatışmaların artması, ulusal nüfus artışının gerilemeye başlaması ve kişi başına gelirin azalması gösterilmiştir²⁴. Ayrıca intihar davranışı üzerinde güneş ışığından az yararlanma ve mevsim sıcaklığının düşük olmasına bağlı ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, alkol tüketiminin yüksek olması ve düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmanın yarattığı umutsuzluğun etkili olduğu belirtilmiştir²⁵.

Amerika’da intihar ölüm nedenleri arasında onuncu sırada yer almaktadır. 2017 yılında 47 bin 173 kişi intihardan hayatını kaybederken, yaklaşık 1 milyon 400 bin kişi intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sayılar günde ortalama 129 kişinin intihar ettiğini göstermektedir. İntihar yöntemi olarak ise en çok ateşli silah kullanımı (%50.6) yer almaktadır²⁶.



Resim 2.1 DSÖ Ortalama Yaşa Göre, Her İki Cinsiyet İçin İntihar Oranları (100 Binde), 2016³

Türkiye’deki duruma bakıldığında TÜİK 2017 verilerine göre, ölümlle sonuçlanan intihar sayısı 3069 kişidir. Türkiye’de her 100 bin kişideki intihar oranı TÜİK verilerine göre 3.82 iken, DSÖ verilerine göre ise 7.3 olarak belirtilmiştir^{5,23}. TÜİK verilerine göre intihar oranının en yüksek olduğu il Kars, en az olduğu il ise Çankırı’dır. İntihar yöntemi olarak ise 1459 kişi aşı, 954 kişi ise ateşli silah ile intihar etmiştir²⁷. Tablo 2.2’de TÜİK intihar istatistiklerinde yer alan, Türkiye’de 2001-2017 yılları arasındaki intihar sayıları ve kaba intihar hızı verilmiştir²⁸.

Tablo 2.2 Türkiye’de 2001-2017 Yılları Arasındaki İntihar Sayıları ve Kaba İntihar Hızı

Yıl	İntihar sayısı	Kaba intihar hızı (yüz binde)
2001	2584	3.97
2002	2301	3.49
2003	2705	4.05
2004	2707	4.00
2005	2703	3.95
2006	2829	4.08
2007	2793	3.98
2008	2816	3.96
2009	2898	4.02
2010	2933	4.01
2011	2677	3.61
2012	3287	4.37
2013	3252	4.27
2014	3169	4.11
2015	3246	4.15
2016	3193	4.03
2017	3069	3.82

2.3.İntiharın Risk Faktörleri

2.3.1. Bireysel etmenler

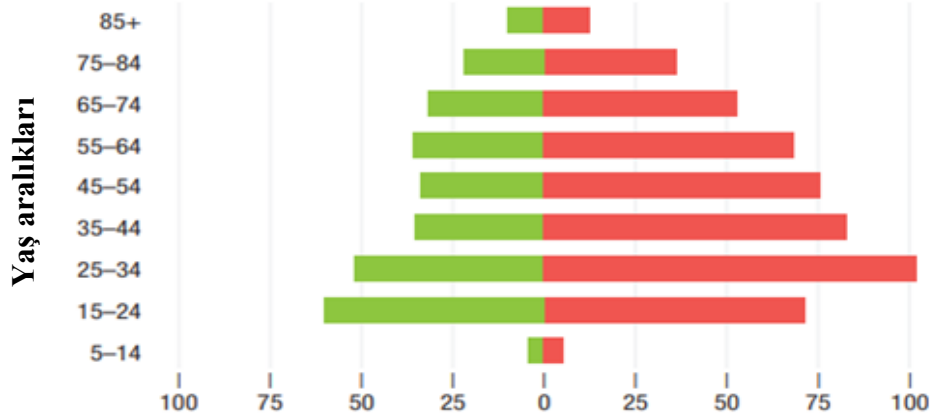
DSÖ intihar davranışında bireysel risk etmenlerini, genetik ve biyolojik yatkınlık, ailede intihar girişimi öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ruhsal hastalıklar, umutsuzluk, iş kaybı ya da ekonomik kayıplar, alkol/madde kullanımı, kronik ağrı olarak sıralamıştır².

Yapılan çalışmalarda intihar risk etmeni olarak en fazla yaşa vurgu yapılmaktadır. Yaş grubu olarak ergenlerin ve yaşlıların daha fazla intihar riski taşıdıkları belirtilmektedir. DSÖ verilerine göre intihar 15-29 yaş aralığında ikinci ölüm nedenidir^{29,30}. TÜİK 2017 verilerine göre ise intihar edenlerin sayısı 15-29 yaş grubunda 1049 ile en yüksek değerdedir³¹. Bu yaş grubundaki ergenlerin yaşadığı hızlı psikolojik, biyolojik ve sosyal değişiklikler onları çevresel streslere daha duyarlı hale getirmekte, bireyselleşme isteğinin artması da ergenin aile, okul ve diğer sosyal destek sistemlerinden aldığı desteği azaltmaktadır². Ergenlerin yanı sıra yaşamak için nedeni olmadığını düşünen ve kendini gereksiz hisseden yaşlılarda intihar riski daha yüksektir. Ayrıca bedensel düşkünlük ve eşlik eden kronik hastalıkların fazla olması da intihar girişimini arttırmakta ve ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. Yaşlı intiharlarında yalnızlık,

alkol ve ilaç kötüye kullanımı, ailede intihar geçmişinin olması, depresyon gibi ruhsal hastalıklar, kalp hastalığı, nörolojik hastalıklar ve kanser gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklar intihar riskini arttıran faktörler olarak gösterilmektedir³². Ayrıca yaşlılarda yeme içmeyi kesme, hayati ilaçların kullanımını bırakma şeklinde pasif/örtük intihar girişimi davranışları görülebilmektedir^{2,27}.

İntihar girişimlerinde bireylerin yaşı kadar cinsiyetlerinin de etkili olabileceği bilinmektedir. DSÖ (2018) verileri göre her yaş grubunda erkek intiharlarının kadınlara göre fazla olduğu görülmektedir (Şekil 2.3). Dünyanın çoğu bölgesinde tamamlanmış intiharlar erkeklerde, intihar girişimleri ise kadınlarda daha fazladır^{2,4}. Türkiye’de 2002-2015 yılları arasındaki intihar sayılarından yola çıkılarak yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre erkekler kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla intihar etmektedir³³. Bu durumun nedenleri arasında erkeklerin kadınlara göre daha fazla dürtüsel olmaları, daha az psikolojik yardım arama davranışı göstermeleri, sosyal ilişkilerinin daha zayıf olması, alkol ve madde kötüye kullanımının erkeklerde daha fazla olması ve intihar girişimlerinde daha ölümcül yöntemler seçmeleri sayılabilir^{2,34}.

 Kadın  Erkek



İntihar oranları (yüz binde)

Şekil 2.3 Yaşa ve Cinsiyete Göre Küresel İntihar Oranları

Kaynak: World Health Organization. (2018). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs. sustainable development goals

Genel olarak toplumda aileyi geçindirme görevi erkeklere atfedildiğinden, işsizlik erkeklerde intihar olasılığını arttıran önemli bir faktör olabilmektedir^{35,36}. Kadınlardaki yüksek intihar girişimi ise; yaşadıkları stresi ifade ve başkalarına olan tepkilerini gösterme davranışı olarak düşünülebilir⁴. Eğitim düzeyinin de işsizlik kadar kişilerin intihara yönelmesinde etkili olduğu belirtilmektedir^{37,38}. Özcan ve arkadaşlarının 2002-2015 yılları arasındaki intihar sebeplerini ve nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; intihar edenlerin en çok ilköğretim mezunu, en az ise yükseköğretim mezunlarında görüldüğü bildirilmektedir³³. Cinsiyete ve eğitim düzeyine göre intihar oranlarının farklılaştığını kanıtlayan çalışmalarda da mevcuttur. Kadınların eğitim durumu ile intihar oranları arasında ters bir ilişki var iken erkeklerin eğitim durumu ile intihar oranları arasında doğru orantı olduğuna yönelik kanıtlar da bulunmaktadır^{39,40}.

Biyolojik yatkınlık anlamı taşıyabilecek önemli bir faktör de ailesel yatkınlıktır. Aile üyelerinden birinin intihar girişimine tanık olmak, çocuğun gelecekteki yaşantısında herhangi bir problem karşısında sorun çözme yerine intihar girişimini alternatif bir yöntem olarak düşünmelerine neden olmaktadır⁴¹. Çocukluk döneminde aile üyelerinden birinin intihar davranışının olması bireyin model almasında etkili olabilmektedir⁴¹. Ailedeki geçmiş intihar öyküsünün yanı sıra bireylerin kendi intihar öyküsü de risk faktörünü arttırmaktadır. Ertemir ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre; çalışmaya katılan gençlerin %61.3'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur⁴². Polat ve ark. tarafından yapılan, bir eğitim hastanesine intihar girişimi ile başvuran olguların değerlendirildiği çalışmada ise hastaların %87.5'in de geçmiş intihar öyküsü olduğu saptanmıştır⁴³.

Geçmiş intihar öyküsü olan bireylerin, çoğu zaman eşlik eden psikiyatrik bir hastalığı da olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, intihar edenlerin %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu,^{2,39} sırasıyla en çok, majör depresyon ve duygudurum bozukluğu (%50), madde ve alkol kötüye kullanımı (%25), şizofreni (%10) ve kişilik bozukluklarının (%5) neden olduğu bildirilmektedir^{1,45}. Bunlardan depresyon, intihar düşüncesi ve davranışını tetikleyen en büyük risk faktörüdür^{40,41}. Depresyon hastalarının üçte ikisinde tamamlanmış intihar görülmektedir¹. Umutsuzluk, suçluluk duygusu, ilgi kaybı, düşük benlik saygısı ve uykusuzluk gibi bazı depresyon belirtileri intihar davranışı için önemli risk faktörü olarak belirtilmektedir⁴⁸.

Çoğunlukla duygudurum bozukluklarının depresyon döneminde görülen intihar girişiminin yanı sıra en fazla arttıran durumlar; disforik-ajite karma ataklar, hızlı döngülü duygudurum bozuklukları, alkol madde kullanımı, anksiyete bozukluğu, ilaç uyumsuzluğu, dürtüsellik,

agresyon, güncel intihar planı, olumsuz yaşam olayları varlığı ve tedaviye ulaşım kısıtlılığı olarak sayılabilir^{44,48}. Bilindiği üzere iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalarda intihar oranları genel topluma göre 15-20 kat daha fazla ve intihar girişimlerinde kullanılan yöntem daha ölümcüldür. Ekşioğlu ve arkadaşlarının (2015) 254 duygudurum bozukluğu tanısı almış hastayla yapmış olduğu çalışmaya göre tek uçlu bozukluğu olanların %60'ında, iki uçlu bozukluğu olanların ise %28'inde intihar girişimi olduğu saptanmıştır⁴⁹. Duygudurum bozukluğu olan hastalarda intihar için dışsal risk faktörleri arasında alkol ve madde kullanımı yer almaktadır⁴⁴.

Alkol ve/veya madde kullanımında eşlik eden dürtüsellik, saldırganlık, depresyon ve umutsuzluk intihar davranışı için en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır⁴⁸. Tamamlanmış intiharların %25-50'sinde alkol ve madde kullanım bozuklukları etkin olmakta ve intihar riskinde yaklaşık 6 kat kadar artışa yol açabilmektedir².

Şizofreni hastalarında intihar riski oranının genel popülasyona göre 8.5 kat daha fazla olduğu⁴⁴ ve intihar girişimlerini psikotik belirtilerin tetiklediği bildirilmektedir^{2,44}. Ayrıca intiharların büyük çoğunluğunun hastalığın akut döneminde ve depresif belirtilerin yoğun olduğu dönemde meydana geldiği⁴⁸, hastalarının %60'ının intihar ettikleri hafta içinde psikiyatri servisleri ile irtibata geçtiği bilinmektedir. Bu hasta grubu ile işbirliğinin sağlanması intiharı önlemek açısından özel bir fırsat olarak değerlendirilmelidir⁴⁴.

Kişilik bozuklukları ve intihar risk faktörlerine bakıldığında sınır (borderline) kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi B kümesi kişilik bozukluklarında intihar riskinin genel popülasyona göre yüksek olduğu^{2,42,45}, kendine zarar verme davranışının kişilik bozukluğuna sahip bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Kişilik bozukluklarında da psikososyal stres kaynakları ve yaşanan kriz durumları intihar riskini arttırabilmektedir².

Genel olarak bakıldığında psikiyatrik hastalıklarla ilişkili intihar riskinin ardında ajitasyon, düşünce bozukluğu, sosyal ilişkilerde yaşanan problemler, umutsuzluk gibi faktörler yer alabilir. Hastadaki "Kendini öldür" veya "Ölmeyi hak ediyorsun" şeklindeki işitsel halüsinasyonları etkili olabilir. Özellikle böyle hastalar risk altında olduğundan hastaneye yatırılmaları gerekebilir⁵⁰.

İntihar riski psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin yanı sıra bazı meslek gruplarında daha yüksektir. Özellikle sağlık çalışanları (doktor, diş hekimi, hemşire vb.) askerler, polisler, erkek çiftçiler ve müzisyenler arasında oranın yüksek olduğu görülmektedir^{2,51,45}. Sağlık

çalışanlarında görülen tükenmişlik ve depresyon ilişkisinin, intihar oranlarına yansıdığını göstermektedir⁵². Hekimlerde tamamlanmış intiharlarda, genellikle altta yatan psikiyatrik bir bozukluğun olduğu bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmasının ve ilaçlara ulaşımının kolay olması intihar görülme olasılığını arttırmaktadır⁵³.

2.3.2. İlişkisel etmenler

DSÖ intihar davranışındaki ilişkisel risk etmenlerini, yakın ilişki sorunları, anlaşmazlık ya da ayrılık, sosyal izolasyon ve sosyal desteğin olmaması olarak belirtmiştir. Yapılan çalışmalar intihar davranışında evliliğin koruyucu bir etkisinin olduğu, bekâr ve/veya boşanmış olmanın intihar riskini artırdığını belirtmektedir^{4,54}. Bireyin boşanma sonucu sosyal yaşamındaki olumsuz değişimler intihar düşüncesinin oluşmasına sebep olabilmektedir⁵⁵. Ülkemizde kültüre ve bölgelere göre de bu durum değişebilmektedir. Görücü usulü ve zorla evlendirmelerin yaygın olduğu bölgelerde evli olmak intihar oranını artırmaktadır³⁸. Yapılan bir çalışmada, doktorların tedavi almasını etkileyen faktörlerden ilişki boyutu ele alındığında tıbbi lisanslarının tehlikeye girmesi çekincesi, mesleki gelişim ve yetkileri konusunda ayrımcılığa maruz kalma korkusundan dolayı olduğu saptanmıştır⁴⁵.

2.3.3. Yaşanan çevreyle ilgili etmenler

DSÖ intihar davranışında yaşanan çevreyle ilgili risk etmenlerini, travma, istismar, stigma, kültürel yabancılaştırma ya da göçe bağlı stres, doğal afetler, savaş ve çatışmalar olarak belirtmiştir². Ekici ve ark. intihar riskini arttıran psikososyal etmenlerin incelendiği çalışmada, son 5 yılda göç yaşamış olmanın intiharı arttıran önemli risk faktörleri arasında olduğu belirtmiştir⁵⁶. Aydoğdu ve ark tarafından olgu sunumu olarak yapılan çalışmada, intihar girişim öyküsü bulunan, çocukluk ve ergenlik döneminde travmalara maruz kalmış, ilk evliliğindeki eşi tarafından şiddet gören ve istismar edilen olgunun gelişimsel ve durumsal krize müdahale süreçleri ele alınmıştır⁵⁷. Kriz, çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur. Bireyin yaşam süresi boyunca meydana gelen beklenen yaşam olayları gelişimsel krizleri, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden olaylar durumsal krizleri ortaya çıkarmaktadır⁵⁷. Kaplan'a göre kriz, ruhsal dengenin karşı koyma çalışan tüm dengeleyici düzeneklere karşın, süresi sınırlı, ciddi bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Farberow'a göre ise kriz hemen başlatılan planlı bir sağaltımı gerektirir²⁰. Bireysel krizler acil müdahale gerektirir. Krize müdahalenin amacı, acil krizin çözülmesidir. Acil servise intihar girişimi sebebiyle başvuran hastaların incelendiği bir çalışmada

başvuranların %63'ünün kriz sonrası intihar eylemini gerçekleştirdiği saptanmıştır⁵⁸. Bu sebeple krizin çözülmesi intiharın önlenmesinde etkin rol almaktadır.

2.3.4. Toplumsal etmenler

DSÖ intiharın risk faktörlerinde toplumsal etmenler olarak yardım arama davranışının toplum tarafından olumsuz etiketlenmesi, medyada intiharın olumsuz bir şekilde yer alması, intihar araçlarına ulaşımın kolay olması olarak belirlenmiştir^{2,59}. Özellikle ruhsal hastalıklara sahip bireylerin etiketlenmeleri, tedaviye ulaşmalarını engelleyebilmektedir⁸. Medyada intihar haberlerinin içeriğinde öğretici ve özendirici öğelerin olması, intihar için yol gösterici özellik taşıması taklit intiharlarının oluşmasında büyük önem taşımaktadır⁶⁰. Ayrıca evde ateşli silah bulundurma durumu tüm yaş gruplarında ve cinsiyette intihar riskini arttırmaktadır¹⁷. İlaç ulaşımının da kolay olması ilaç içerek intihar girişiminde bulunanların sayısını arttırmaktadır. Karaman ve ark tarafından yapılan çalışmada olguların %90.2'si ilaç alarak intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir⁶¹.

2.3.5. Sağlık sistemiyle ilgili etmenler

Sağlık hizmetlerine ulaşmakta yaşanan zorluklar DSÖ tarafından intihar girişimi ve/veya düşüncesinde risk faktörü olarak belirtilmiştir^{2,59}. Ülkelerin intiharı önlemeye yönelik stratejilerinin bulunmaması, yeterli ruh sağlığı uzmanının ve bireylerin sağlık güvencesinin olmaması sağlık hizmetlerine ulaşımını ve bireylerin yardım aramasını zorlaştırmaktadır. DSÖ bu bağlamda ülkelerin ulusal intiharı önleme stratejilerine önem vermelerinin gerekliliğini vurgulamaktadır. İntihar riskini artıran psikososyal etmenlerin incelendiği bir çalışmada intihar ederek hayatına son vermiş kişilerin %72.9'unun sosyal güvencesi bulunmamak, sosyal güvencenin olmayışını ise sosyoekonomik durumun kötü olmasıyla ilişkilendirilmektedir⁵⁶.

2.4. İntiharın Kuramsal Çerçevesi

İntiharların etyolojisini inceleyen kuramcılara baktığımızda, psikodinamik kuramın öncüsü Freud'a (1916) göre öfkenin etkisini kişinin kendine yöneltmesi; Beck'in (1987) bilişsel kuramı olumsuz bakış açısını, Durkheim'in (1897) toplum bilimsel kuramı birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğunu; biyolojik kuramları ortaya atanlar ise intihar nedeni olarak genetik ve biyokimyasal nedenleri ileri sürmektedir^{4,20,34,62}.

2.4.1. Psikolojik kuram

Psikoanalitik kuramın kurucusu Sigmund Freud'a göre intihar depresyonun sonucu olarak görülür. Freud, kuramını melankoliye dayandırmaktadır ve intiharı kişinin kendine yönelttiği saldırganlık durumu olarak tanımlamaktadır^{17,20}. Freud, intiharı ölüm güdüsünün yaşam güdüsü üzerinde zafer kazanması olarak görmektedir. Süperegonun egoyu yaşamaya değer olarak bulmayarak baskı uygulaması ve bunun sonucu egonun kendisini engelleyen ebeveyn rolünü üstlenen süperegoyu yok edişidir^{17,63}.

Karl Menninger, intiharı psikoanalitik açıdan ele alan diğer kuramcılardandır ve kuramını Freud'un fikirleri üzerine inşa etmiştir. 1938 yılında yayınlanan "Man Against Himself" isimli kitabında, başkasını öldürmek isteyen kişinin, aslında bilinçaltında kendini öldürme arzusunu gizlediğini, başkasını öldürmeyi başaramadığında kendini öldürerek intiharı gerçekleştirdiğini vurgulamıştır. Öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteğini intihara güdüleyen üç kaynak olarak belirtmiştir^{18,49}.

Adler, Jung, Sullivan ve Zilboorg zayıf egonun kişinin intihar edip-etmemesinde belirleyici bir rol oynadığını ifade etmektedirler. Onlara göre güçlü bir ego intihara karşı koruyucudur⁶⁴. Adler intiharı, öç alma hareketi olarak belirtmektedir⁶⁵. Jung ise içsel bir uyumsuzluk olarak tanımlamaktadır⁶³. Irvin Yalom intiharı, insanın ölümle yaşam ilişkisini inceleyerek açıklar. Yaşamın anlamsız olduğunu hissedip, nevrotik bir düşünceyle yaşama kendi anlamını yüklemesi gerektiğini düşünerek intihar etmenin, en önemli nedenlerden biri olduğuna karar vermesi ile yaşamını ilişkilendirmesidir¹⁷.

İntiharı, Henseler narsistik bir çatışmanın sonucu olarak görürken, Shneidmann "*Dayanılmaz acıları. ağır sorunları olan şaşırmiş, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı eylemi*" olarak yorumlamaktadır²⁰. Beck bilişsel kuramında, olaylara verilen anlamın çocukluk döneminde edinilen deneyimlerden oluşturulan şemalar çerçevesinde oluşan düşünce hataları ve olumsuz düşüncelerden etkilendiğini açıklamaktadır. Olaylara karşı oluşan olumsuz düşünceler, umutsuzluk düşüncesiyle birlikte depresyona sebep olmaktadır. Depresif kişiler, kendisini olumsuz olarak değerlendirmekte, geleceğin ulaşılmaz ve başarısızlıklarla dolu, dünyanın ise korkunç yaşanılmaz bir yer olduğunu algılamaktadır⁶⁶. Beck, intiharın depresyon ve umutsuzluk ile yakından ilişkili olduğunu bildirmektedir⁷.

2.4.2. Sosyolojik kuram

Fransız bir sosyolog olan Durkheim'in kuramına göre; intihar, salt toplumsal bir olgudur. Birey ve toplum arasındaki ilişki bozukluğunun sonucu olarak gerçekleşmektedir²⁰. Durkheim, toplumsal değişimlerin hızlandığı savaş ve göç gibi dönemlerde intihar vakalarının sayısında artma olduğunu belirtmektedir. Bireylerin toplumla bütünleşmelerinin intihar sayısının azalmasına, toplumdaki soyutlanmalarının ise intihar sayısının artmasına sebep olacağını vurgulamaktadır. Monografik bir çalışmaya dayanan bu teorisinden hareketle intihar olgusunu egoistik (bencil) intihar, altruistik (özgecilik) intihar ve kuralsızlık (anomik) intiharı olmak üzere üç gruba ayırmıştır⁶⁴. Bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşmemesi sonucu meydana gelen intiharlar egoistik, aşırı bütünleşmesi sonucu meydana gelen intiharlar da altruistik olarak tanımlanmıştır. Bireyselleştirmeyi özendiren toplumlarda egoistik intihar olgularına sık rastlanılmaktadır. Durkheim'in kuramına göre evli olup çocuk sahibi olmak intihar davranışında koruyucu bir etmendir⁶⁷. Kuralsızlık intiharlarının ise kişinin sosyal durumundaki ani değişimlere ayak uyduramamasından kaynaklandığını savunur. Ülkemizde de son zamanlarda medyada yer alan kredi kartı borçlarından dolayı intihar eden bireyler bu gruba dahil edilebilir⁶⁸.

2.4.3 Biyolojik kuram

İntihar ve intihar davranışının biyolojik kuramında genetik ve nörobiyolojik faktörlerin etkisi ele alınmaktadır. İntihar davranışında genetik geçişten söz etmek mümkündür. Aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları intiharın genetik boyuta sahip olduğunu göstermiştir⁶⁹. Dr. Dan Rujescu, ciddi intihar girişimlerinde kalıtımın % 55 oranında etkili olduğunu açıklamıştır⁷⁰. Ailesinde geçmiş intihar öyküsü ve psikiyatrik hastalık olma durumu intihar davranışının görülme olasılığını arttırmaktadır⁷¹. Aşiloğlu ve ark.'nın (2009) intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerle yapmış olduğu, 6 yılı kapsayan retrospektif çalışma da intihar davranışı gösteren bireylerin ailelerinin %90'ının psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olduğu belirlenmiştir⁷².

Literatürde yer alan çalışmalara göre serotonerjik sistemdeki anormalliklerin intihar ve intihar davranışında etkili olduğu düşünülmektedir. Major depresyon olgularında intihar girişimi olan bireylerin, Beyin Omurilik Sıvısında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyinin düşük olduğunu ilk kez 1976 yılında Asberg ileri sürmüştür. Fakat bu bulgu vakaların 2/3'ünde görülmektedir^{54,57}. Serotonin düzeyini intiharla ilişkilendiren temel

kanıt, intihar eden bireylerin BOS'unda 5HT'nin ana metaboliti olan 5-HIAA'nın düzeyinin düşük bulunmasıdır^{73,74}. Bu bilgiler ışığında intihar olgularında intiharın sebebini tek bir kuramla ve nedenle açıklamak mümkün değildir.

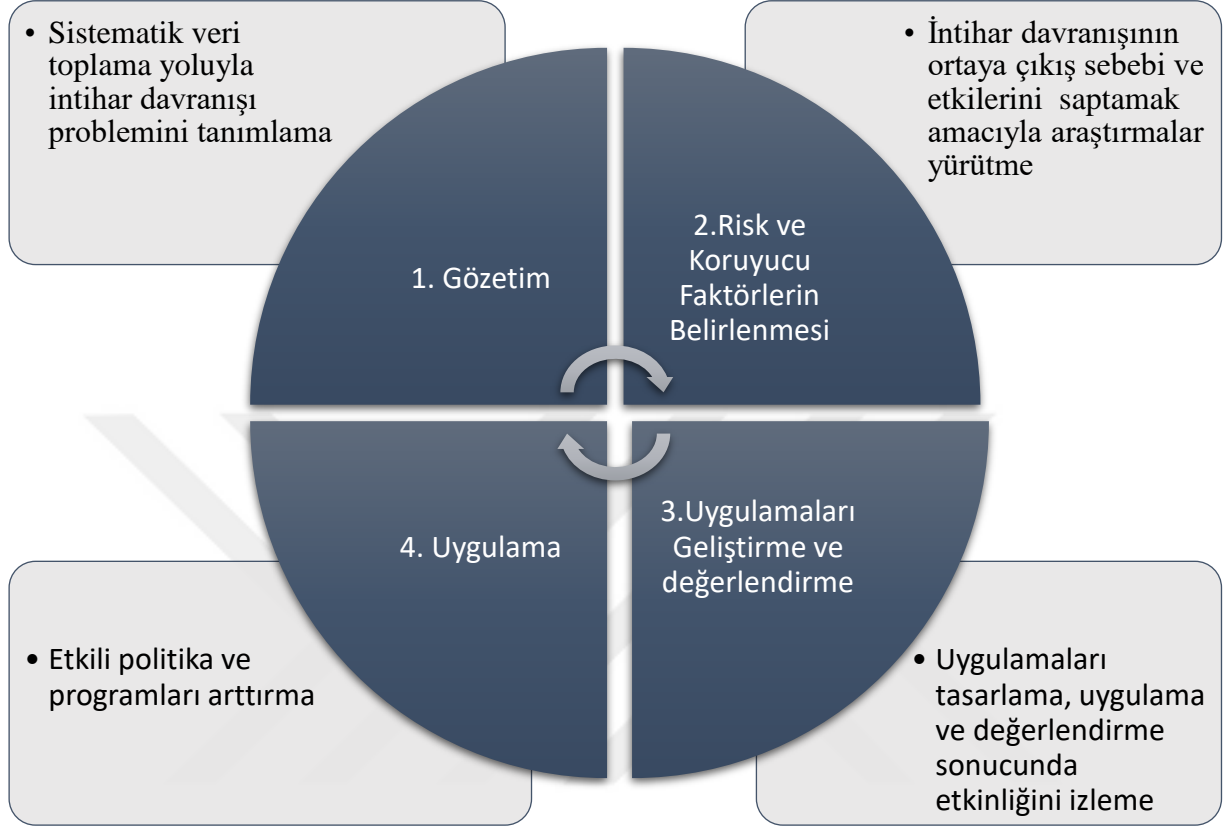
2.5 İntiharı önleme

İntihar önlenebilir ciddi bir halk sağlığı sorunudur, ancak çoğu zaman önlemek kolay değildir. İntiharın önlenmesinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulması ve ihtiyaç anında insanların bu hizmetlere 7/24 ulaşmaları gereklidir⁷. DSÖ 1999 yılından beri intiharı önlemeye yönelik küresel düzeyde girişimler ilgili standartları belirlemektedir. Bu standartlar içinde hükümetlere, kurumlara, meslek gruplarına, sivil toplum kuruluşlarına düşen görevler yer almaktadır. Çünkü intiharın önlenmesinde doğru bilginin uygun bir şekilde yayılması ve farkındalığın artırılması en temel önleme faaliyeti olarak gösterilmektedir⁷⁵.

İntiharın önlenmesi sadece bir ruh sağlığı sorunu değildir. Koordineli ve sinerjik bir şekilde farklı disiplinlerin birlikte çalışmasını gerektiren bir **sağlık** sorunudur. Gorton (2015) intiharı önlemede herkese görev düştüğünü, kişisel, sosyal ve tıbbi açıdan insanların iyileştirilmesi gerektiğini belirtmektedir⁷⁶. Özellikle devlet ve yerel yönetimler, sağlık bakım sistemleri, eğitim kurumları, toplum temelli organizasyonlar, din görevlileri, aile üyeleri ve arkadaşlar gibi sosyal destek mekanizmalarının intiharı önlemede etkin rolleri vardır⁷. Depresyon gibi ruhsal hastalıklar, mental hastalıklar, alkol ve madde kötüye kullanımı, önceki intihar girişimleri, ailede intihar öyküsü, aile içi şiddet, intihar davranışına tanık olma, travmatik olaylar ve ölüm yada yaralanmaya neden olabilecek araç-gereçlere kolay ulaşma gibi faktörler intihar düşüncesinin intihar girişimine dönüşmesine katkıda bulunabilmektedir. Her ne kadar önlemenin zor olduğu düşünülse de, intihara yönelten etmenler erken dönemde belirlenip, kişinin ihtiyacı olan yardım sağlanabilir⁷⁷.

İntiharı önlemeye yönelik uğraşlar Shneidman ve Farberow tarafından ABD Los Angeles'ta 1958'de ilk intiharı önleme merkezinin açılmasıyla başlamıştır²⁰. Daha sonra 1960 yılında Profesör Erwin Ringel ve Dr. Norman Farberow tarafından IASP kurulmuştur. Akabinde "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" (National Institute of Mental Health -NIMH), "İntiharı Önleme Çalışmaları Merkezi"ni (Center for Studies of Suicide Prevention) kurmuş ve NIMH tarafından 1970'lerde "İntiharı Önleme" isimli yayın hazırlanmıştır⁷⁸. Günümüzde intihar ile mücadelede DSÖ desteğiyle intihara yönelik eylem planları geliştirilmektedir⁵¹. Şekil 2.5.1 de yer alan

modele göre; DSÖ intiharı önlemenin aşamalarını gözetim, risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, uygulama geliştirme ve değerlendirme biçiminde belirlemiştir.



Şekil 2.5.1: DSÖ İntiharı Önleme Halk Sağlığı Modeli

Kaynak: World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative.

DSÖ'nün yapılanmasına benzer bir şekilde, intiharı önlemeye yönelik çalışmalar halk sağlığı alanında da birincil düzey, ikincil düzey, üçüncül düzey önleme olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır⁷⁹.

Birincil düzey önleme: Toplumun intihara eğilimini arttıracak çevresel risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan önleme çalışmalarını kapsamaktadır^{7,8}. İşsizlik, eğitimsizlik gibi toplumsal sorunların çözülmesi; ateşli silah, tarım ilaçları gibi intihar araçlarına ulaşımın zorlaştırılması, medyanın intihar davranışı üzerindeki olumsuz etkisinin engellenmesi gibi programların geliştirilmesini içermektedir.

İkincil düzey önleme: İntihar, riski taşıyan bireylerin erken tespitini ve bu kişilere yönelik uygun tedavinin belirlenmesini içerir⁸. İntihar davranışını engellemek bu düzeyde veya intihar

eğilimi olan bireyleri rehabilite etmek esas hedeftir. İntihar girişiminin izlenmesi, yardım merkezlerinin kurulması, iş birliği kurulması gereken birimler ve sağlık personelinin eğitiminin yapılması, psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların ilaçla ve psikoterapi yöntemleriyle tedavisi intihar krizini önlemeye yönelik yapılması gereken ikincil düzey önleme girişimleridir⁸⁰. İkincil düzey önleme kapsamında ülkemizde yerel düzeyde projeler yapılmaktadır. Kütahya İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından 2012 yılında U-mutluyum projesi kapsamında lise öğrencileri arasında intihar olasılıkları ve sebepleri araştırması yapılmıştır⁸¹. Çetin (2010) koordinatörlüğünde yapılan başka bir projede, Ankara Polatlı'da yaşayan ve intihar riski olduğu düşünülen bireylerin, sorunlarına yönelik risk faktörlerini belirlenmiş, etkili hizmet sistemi ve uygun politikalar geliştirebilmek amacıyla rehber öğretmenlere, din görevlilerine, daire amirlerine, basın mensuplarına, emniyet personeline, jandarma komutanlığına, sağlık personeline yönelik eğitimler verilmiştir⁸¹.

Üçüncül Düzey Önleme: İntihar davranışı sonrasında tekrar intihar girişimi olmasını önlemek ve tamamlanmış intiharlar sonrasında ailesine ve çevresine de verdiği zararı azaltmaya yönelik girişimleri kapsamaktadır^{8,82}. Krize müdahale, bireysel ve grup psikoterapisi, yeniden topluma kazandırma, kendi kendine yardım gruplarının oluşturulması üçüncül düzey önlemede etkin yöntemlerdir⁸⁰.

2.5.1 Türkiye'de intiharı önlemeye yönelik yapılan çalışmalar

Türkiye'deki intiharı önlemeye yönelik yapılan ilk çalışmalar, 1989 yılında, ilk psikiyatrik kriz merkezi olan Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin açılmasıyla başlamıştır. Bu merkez 1994-2015 yılları arasında kriz ve krize müdahale, intihar ve intiharı önleme, yas gibi konularda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri vermiştir⁸³. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Işık Sayıl öncülüğünde 2004 yılında "İntiharı Önleme Derneği" kurulmuştur. Toplumun depresyon ve intihar hakkında bilgilenmesini sağlamak, toplumsal boyutta çalışmalar yapmak, intiharlarla ilgili araştırmaları özendirmek amacıyla bu dernek kurulmuştur⁸⁴. Ayrıca kriz ve krize müdahale, intiharı önleme ve sosyal psikiyatri alanında bilimsel bilgi paylaşımına katkıda bulunmak amacıyla 1992 yılından beri Kriz Dergisi yayınlanmaktadır⁸⁵.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılı itibari ile bireylerin ruh sağlığı düzeylerini yükseltmek ve intihar girişiminde bulunmuş bireyler ile diğer kriz durumlarıyla karşılaşan kişilerin tıbbi tedavilerinden sonra psikososyal destek hizmetlerini sağlamak amacıyla intihara müdahale

çalışmalarına başlanmıştır. 2006 yılında, 32 ilde pilot çalışma olarak başlatılan Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin acil servisleri bünyelerinde oluşturulan “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri” 50 ilde 103 birim olarak hizmet vermeye devam etmektedir. Bu birimlerde intihar girişimleri ve diğer kriz durumlarıyla karşılaşan bireylere ve sosyal çevrelerine tıbbi bakımlarından sonra mesai saatleri içerisinde (8.00-17.00) psikososyal destek hizmetleri sağlanması amaçlanmıştır⁸⁶. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Ekibi, kriz odası birim sorumlusu ile yedek seçilen pratisyen hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ya da hemşire arasından belirlenen bir personelden oluşmaktadır. Kriz odası birim sorumlusu ise tercihen pratisyen hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri alanında yüksek lisans sahibi hemşire ve psikiyatrik klinik bilgiye sahip hemşire olarak belirtilmiştir⁸⁷.

İntiharı önlemede ulusal eylem planlarının önemi oldukça büyüktür. Türkiye’de Ulusal İntiharı Önleme Eylem planı bulunmamasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ruh Sağlığı Eylem Planında (2011-2023) “İntiharı azaltmak” konusunda stratejilere yer verilmektedir. Bu stratejiler arasında intiharın önlenabilirliği konusunda farkındalık kazandırmak, tamamlanmış intihar sonrası geride kalan aile ve yakın çevre üyelerine yönelik girişimlerde bulunmak, medya da yer alan intihar haberlerinin sunumu ile ilgili çalışmalar yürütmek ve intihar girişiminde kullanılabilecek araçlara ulaşımın kısıtlanması belirtilmiştir⁸⁶. Ayrıca eylem planında kurumlar arası iş birliği üzerinde durulmuş, üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, ilgili meslek örgütleri, medya temsilcileri, belediyeler, valilikler. İl Sağlık Müdürlükleri. Emniyet Genel Müdürlüğü, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gibi kurumların iş birliği içinde çalışması konusunda stratejiler geliştirilmiştir⁸⁶.

Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunan hastaların %40-60’ının girişiminden önce bir hekime başvurdukları ve çoğu zaman psikiyatri uzmanı yerine pratisyen hekimleri tercih ettikleri belirlendiğinden, ulusal düzeyde intiharı önleme çalışmalarında birinci basamak da çalışan sağlık personelinin bu konu ile ilgili duyarlılığı ve donanımlı olması önem kazanmıştır^{33,88}. Çalışmalar da bu doğrultuda yönlendirilmiştir. Bu politikanın geliştirilmesinde ülkemizdeki psikiyatri uzmanı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayıları yetersiz olmasının da rolü vardır⁶¹. Türkiye’de 100 bin kişiye bir psikiyatri uzmanı, bir psikiyatri hemşiresi, bir psikolog düşmektedir⁸⁹.

Sağlık çalışanlarının eğitimi kadar toplumun da intiharı önleme konusunda bilgilendirmesi önemlidir. Medya ise bu konuda etkili bir araç olabilmektedir. Türkiye’de 2016-2017 yıllarında medyada yer alan intihar haberlerinin başlıklarının incelendiği bir çalışmada %92’sinin uygunsuz olduğu ve 106 haberin tamamının koruyucu nitelikte olmadığı belirlenmiş, ülkemizdeki intiharla mücadele çalışmalarının medya alanında eksik kaldığı bildirilmiştir⁹⁰. Çalışmanın sonuçları Türkiye’de uzmanlar ve medya profesyonelleri tarafından intihar haberlerinin sunum kriterlerini içeren bir medya kılavuzunun hazırlanması ya da en azından intihar haberlerinin sunumunda DSÖ’nün önerilerine uyulmasına olan gerekliliğini tekrar göstermektedir⁹⁰.

2.5.2 İntiharı önlemede kullanılan yöntemler

2.5.2.1 İntiharı önleme merkezi

İntiharı önleme merkezleri, bir hastaneye bağlı ya da bir hastane içindeki koruyucu birimler ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine bağlı olarak çalışabilen birimlerdir. Bu merkezlerin, krize hemen müdahale etmeye elverişli, 24 saat açık ve ulaşılabilir, dahiliye, cerrahi, yoğun bakım ve psikiyatri ile sıkı bir iş birliği olan yerler olması önerilmektedir²⁰.

İlk intiharı önleme merkezlerinden biri olan Samaritans, 1953 yılında bir din bilimci olan Chad Varah tarafından kurulan, arayanları bir kriz veya sıkıntı dönemi boyunca kısa süreli olarak desteklemeyi amaçlayan gönüllü tabanlı bir kriz hizmetidir. Kiliseye bağlı olan kuruluş kısa sürede örgütlenmiş ve intiharla mücadele programı kapsamında çalışmalara öncülük eden sivil toplum kuruluşu olarak İngiltere’den Avrupa’ya sıçramıştır. Birimde çalışan kişiler uzman olmayan ama kısa bir eğitim almış gönüllü kişilerdir. Merkez günün 24 saati açıktır. Befriending Worldwide, “intihar girişiminde bulunanların yanında olma, onu anlamaya çalışma, onu bırakmama ve onu destekleme” ilkesini temel alır. Tehlike içinde olan kişiden bir yardımcı sorumludur ve yardımcı hastanın her sorunu ile ilgilenir, yakınları ile ilişki kurmaya çalışır²⁰. Kriz merkezleri arayanları anonim, gizli, yönlendirici olmayan ve yargısız bir ortam sağlayarak intihar düşüncelerinin varlığına odaklanır¹⁴. Ayrıca toplumu intiharın uyarı işaretlerini, alkol ve uyuşturucu kullanımının kötüye kullanılması da dahil olmak üzere ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmesi konusunda daha bilinçli hale getirmek için web sayfasında bilgi sunmaktadır^{14,10}. Gönüllülük ve bağışlarla destek gören sivil toplum kuruluşu olmasına rağmen İngiliz hükümeti tarafından da maddi olarak desteklenmektedir⁹¹. İnsanların kendilerine güven duymalarını, depresyondan çıkmalarını ve normal bir yaşam sürmelerini

sağlayan etkili bir merkezdir. Hindistan ve diğer bazı ülkelerde, bu merkezler tarafından ele alınan vakaların %90'ından fazlasında intihar girişimlerinin önlenmesinde başarılı olunmuştur⁹².

2.5.2.2 Telefonla yardım

Telefonla yardım, kriz içindeki ya da intihar düşüncesi olup da kendisine zarar vermekten korkan kişilerin telefonla başvurabilecekleri birimlerdir. Yurt dışındaki örneklerde bu birimlerde gönüllü ve kısa süre eğitim almış kişiler çalışmaktadır^{93,94}. Telefonla yardım isteyenlere o an ne yapabileceği, kime ve nereye başvurabileceği söylenmektedir. Birimler genellikle 24 saat hizmet vermektedir ve başka sağaltım kuruluşları ile de sıkı bir iş birliği içerisinde çalışmaktadır. Bu birimler, bazen bir hastanenin ya da kriz merkezinin bir bölümü olarak da çalışmaktadır. Odağ'a (2008) göre, intihar düşüncesini kendisine yabancı bulan, korkan, huzursuzluk hisseden kişiler için telefonla yardım yararlı olmaktadır²⁰.

Telefonla yardım kapsamında kurulan "Ulusal Telefon Acil Servisleri Birlikleri"ni bir araya getiren uluslararası kuruluş olma özelliğini gösteren "International Federation of Telephone Emergency Services (IFOTES)", 1967 yılında kurulmuştur ve yalnızlıktan muzdarip, psikolojik bir kriz durumunda veya intihara teşebbüs eden kişilerin hemen erişebileceği ve duygusal destek veren bir federasyondur⁹⁵. DSÖ ile IFOTES, Uluslararası İntihar Önleme Derneği (IASP) ve yardım hatlarının diğer uluslararası örgütleri, Dünya Kriz Yardımları İttifakı Birliği (WACH) gibi aynı kayguları paylaşan kuruluşlarla iş birliği kurmaktadır²⁰.

DSÖ'ye göre intiharı önlemenin üçüncü basamağında uygulama geliştirme ve değerlendirme yer almaktadır. Bu bağlamda geliştirilen uygulamalara baktığımızda, ABD'de, Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA) ve New York Ruh Sağlığı Derneği (MHA-NYC) tarafından 1 Ocak 2005 tarihinde kurulan Ulusal İntihar Önleme Destek Hattı, intihar girişimi ve riski olan kişileri ruh sağlığı alanındaki doğru kaynaklara yönlendirmede etkili olmaktadır⁹⁶. Birleşik Devletlerin, "National Suicide Prevention Lifeline" adlı web uygulaması ve MY3 adlı mobil uygulaması bulunan bu sistem kriz merkezlerinin, çevrimiçi duygusal destek, kriz müdahalesi ve intiharı önleme hizmetleri sağlayacak ulusal sohbet ağını oluşturmak üzere kurulan ilk hizmetidir. Bireyler telefonla ulaşabilecekleri gibi çevrim içi sohbet uygulaması üzerinden yazışma şeklinde de bu servisi ücretsiz olarak kullanabilmektedir⁹⁷. Araştırmalar ayrıca bu hizmet sayesinde, çağrının hemen ardından intihar eğiliminin önemli oranda azaldığını ve çağrıdan sonraki birkaç hafta boyunca umutsuzluk ve

duygusal acı hislerinin anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir^{96,98}. Kanada’da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezince uygulanan “Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST” ve Avustralya’da “National Suicide Prevention Strategy-NSP” bu programlarından bir kaçıdır^{99,87}. Ayrıca, Flaman (Belçika) İntihar Önleme Eylem Planında, “erişilebilir telefon ve çevrimiçi yardım yoluyla intiharı önleme” stratejisi yer almaktadır¹⁰⁰. Bu eylem planı çerçevesinde oluşturulan “1813 İntihar Hattı”na 2017 yılında 15073 kişi başvurmuştur. Başvuranların çoğunluğu 11.558 başvuru telefonla olmuştur. Telefonla başvuranların %60’ı kadındır. Telefonla başvuruyu çevrim içi sohbet (1898) ve e-posta (1.617) ile başvuru takip etmiştir. mail (%65 Kadın), Çevrim içi sohbet (%73’ü Kadın) ve (%60’ı kadın) yoluyla bireyler erişim sağlamıştır. Bireylerin %32.8’i yalnızlık şikayetiyle, %26.4’ü yanlış anlaşılmaktan, %10.9’u ekonomik problemlerden, %7.7’si zorbalık, %5.2’si istismar ve %3.7’si stres, %2.9’u yasal sorunlardan, %2’si işsizlik, %0.4’ü ise şirketinin iflas etmesinden dolayı intihar etmeyi düşündüğünü bildirmiştir¹⁰¹.

Uluslararası İntiharı Önleme Derneği (IASP) web sayfasında 50’den fazla ülkenin online kriz ve intiharı önleme web sayfalarının bağlantılarını paylaşmaktadır¹⁰². Ayrıca 2016 yılı itibariyle popüler bir sosyal medya hesabı olan Facebook artan intihar vakalarına önlemek amacıyla intiharı önleme konusunda kişilerin hem kendilerine hem de yakınlarına yardım edebilecek kuruluşların ulaşım adreslerini, yardım merkezi bölümünde sunmaktadır. Uluslararası olan bu kuruluşlarda, Türkiye bağlantılı yardım kuruluşlarına rastlanılmamıştır¹⁰³.

Ülkemizde ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde; 1995 yılında Kurulan 1999’da Türkiye geneline yayılan “182 Umut Işığı Hattı” başlangıçta intiharları önlemek için kurulan telefonla yardım hattıdır. Daha sonraları bütün psikolojik problemler için danışmanlık hizmeti vermeye başlamıştır. Toplam 2 psikolog ve 1 psikiyatri uzmanı ile hizmet vermeye çalışan kurum, aktif olduğu 12 yıl boyunca 24 bin bireyin intiharına müdahale etmiş, ancak 2007 senesinde ekonomik nedenler ve gereksiz aramaların yoğunluğundan dolayı kapatılmıştır^{104,105}.

2017 yılında Gaziantep Büyükşehir Belediyesi ile Kültür, Toplum ve Aile Vakfı’nın ortak olarak düzenledikleri Ulusal İntiharı Önleme Çalıştay’ında sunulan “Hayata Bağlan Projesi”, İntiharları Önleme Hattı’nın ön hazırlığı olarak planlanmıştır. Çalışmaya Kanada, Birleşik Krallık, Almanya, İtalya, Güney Afrika ve Malezya’dan intihar önleme hatlarında yıllardır kurucu ve yönetici olarak çalışan tecrübeli uzmanlar konuşmacı olarak katılmıştır¹⁰⁶. Kasım

2017’de kabul edilen bu projenin gündeme gelmesinden yaklaşık 1.5 yıl geçmesine rağmen “İntiharı Önlemede Telefon Destek Hattı”na yönelik aktif bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

2.5.2.3 E-sağlık

E-sağlık, sağlık hizmetlerinde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavi edilmesi, izlenmesi ve sağlığın yönetilmesi olarak tanımlanmıştır. E-sağlık sistemine geçiş yapan ülkelerin sağlık sistemine yaptıkları yatırımlar değişmekte, büyük hastaneler kurmak yerine sağlık teknolojisini geliştirmeye yönelmektedirler¹⁰⁷. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2013-2017 stratejik planında e-sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına önem verilmiştir. Sağlık hizmetine erişimi, hizmet sunumunun kalitesini ve etkinliğini artırmak için e-sağlık uygulamaları ile Bakanlığa bağlı kuruluşlarda “dijital hastane” kavramını oluşturmak ve yaygınlaştırmak, İnternet üzerinden tıbbî danışmanlık (e-aile hekimliği) hizmeti vermek, Tele-Tıp ve Tele-Sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak amaçlanmıştır¹⁰⁸. Tele-tıp 21. yüzyılın başında hızlı bir gelişim gösteren bilişim teknolojileri ve tele-komünikasyon aracılığıyla uzak mesafeden tıbbî hizmet sunumu, tele-psikiyatri ise tele-tıbbın psikiyatri alanına uyarlanmış biçimi olup, psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin video konferans gibi haberleşme teknolojileri aracılığıyla sunulmasıdır¹⁰⁹. Telefon, İnternet, e-posta ve kısa mesaj gibi uygulamalardan da tele-psikiyatri kapsamında yararlanılmaktadır^{93,94} Web tabanlı ve mobil uygulamaların düşük maliyetli, kullanışlı ve kolay erişilebilir olması, fiziksel ve ruhsal sağlık alanında da kullanılmasını ve geliştirilmesini sağlamaktadır¹¹¹. Özkan ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarına taburculuk sonrası telefon aracılığı ile yapılan tele-psikiyatrik müdahalenin hastalarda tedaviye uyum ve sosyal işlevselliği arttırdığı saptanmıştır¹¹². Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında intiharı önlemeye yönelik tele-psikiyatri ve tele-hemşirelik uygulamalarının etkin olduğu bilinmektedir ve ülkemizde bu alana yer verilmelidir¹¹³.

2.5.2.4 Kendi kendine yardım

Kendi kendine yardım, kişinin kendisine nasıl yardım edeceğini öğrenmesi ve daha sonra kalıcı, olumlu bir değişim yaratmak için yaşamında öğrendiklerine uygulamasıdır¹¹⁴. Teknoloji ve sanayinin gelişmesiyle kendi kendine yardımın kullanım alanları da gelişmiştir¹¹⁵. İnternet, mobil telefon ve bilgisayarda bulunan kendi kendine yardım uygulamalarının intiharı düşünenlere, intihar girişiminde bulunanlara, ve intihar edenlerin ailelerine destek verme konusunda güçlü bir potansiyele sahip olduğu bildirilmektedir¹¹⁶. Ayrıca uzmanlar tarafından

hazırlanmış olan “kendi kendine yardım kılavuzları”nın bireylerin sorunlarını kendi kendilerine çözmelerinde yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır¹¹⁷. II. Dünya Savaşı nedeniyle sevdiklerini kaybeden ve tek başına kalan birçok kişinin varoluşsal boşluk içinde kendilerini bulmaları yaşamaktan vazgeçmelerine ve intiharı bir çözüm olarak düşünmelerine bir neden olmuştur. Logo terapi yöntemi de Avusturyalı nörolog-psikolog Viktor Emil Frankl tarafından bu durumdaki kişilere yardımcı olma, yaşama direnmelerine katkıda bulunmak amacıyla geliştirilmiştir¹¹⁸. Bu yöntemde insanların bir amaca sarılarak, yaşamda kalabildiği, kurtulabildiği anlatılmakta, bu durumdaki kişilere yardım etmek için yaşam için anlamlı bir amaç belirlemelerinde destek olunmaktadır. Frankl’iye göre insanın, yaşamın anlamını araştırmaya başlaması, psikolojik iyileşmenin en önemli temel taşlarından birisi ve intiharın antikorudur¹¹⁹.

Alkol ve madde kullanımı ile mücadelede sıklıkla kullanımını gördüğümüz kendi kendine yardım grupları intiharı önlemede de kullanılmaktadır¹²⁰. Grup terapileri ilkelerinin kullanıldığı bu yöntemde insanlar herkesin yaşamında farklı sorunlarla, travmalarla, bazı korkularla, yüz yüze gelebileceği gerçeğini öğrenir. Bu tür yaşantıların tüm insanlara özgü olduğunu görmek, bu yaşantılara tanık olarak onları paylaşmak; insanı bu sonsuz evren içerisinde, büyük bir boşluk ve yalnızlık duygusundan çekip çıkarıp, bireye güç ve umut vermektedir¹¹⁹. Diğer bir terapi yöntemi olan, doğru zamanda, doğru bireyle, doğru kitabı buluşturmak olarak tanımlanan bibliyoterapi, yoğun etkileşime dayanır¹¹⁹. Bu süreç içerisinde bireyler, birçok insanla ve durumla baş edebilmeyi öğrenirken; duygu, davranış ve bilişsel yönden kendi kendisine yardımcı olarak kendini değiştirmeyi başarabilirler^{119,121}.

2.6 İntiharı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri hemşireleri acil servis ve diğer sağlık birimlerinde intihar düşüncesi olan ve/veya intihar girişimi olan bireyler ile sıklıkla karşılaşmaktadırlar. İntihar düşüncesi ve/veya girişimi olan bireylerle çalışırken teröpatik bir ilişki kurmakla beraber intihara ilişkin risk faktörlerini, erken uyarı belirtilerini ve koruyucu faktörleri değerlendirmekten sorumludurlar^{1,122}. Krize müdahale ve intiharı önlemeye yönelik çalışmalarda, hemşirelerin liderlik, danışmanlık, savunuculuk ve bakım verici rolleri vurgulanmaktadır³². Psikiyatri hemşireleri bu rolleri yerine getirirken aşağıda yer alan görev ve sorumlulukları üstlenmektedir.

- Psikiyatri hemşiresi; intihar olgusunu tanımlar,
- Kişisel tepkileri, tutumları ve inançları yönetir,

- Hasta ile işbirlikçi, terapötik bir ilişki geliştirir ve sürdürür,
- Doğru bir şekilde değerlendirme bilgilerini toplar, tedavi ekibine ve uygun kişilere (hemşire, doktor vs.) riski iletir,
- Risk değerlendirmesi yapar,
- Kanıta dayalı değerlendirme yapar ve bakım planı geliştirir,
- Güvenlik düzeyini belirlemede çevrenin değerlendirmesini yapar ve çevreyi buna göre değiştirir,
- İntiharla ilgili yasal ve etik konuları bilir,
- İntihar riskini doğru ve eksiksiz bir şekilde belgeler¹²³.

İntihar düşüncesi veya intihar girişimi olan bireylere yönelik hemşirelik girişimleri birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde olmak üzere üç farklı düzeyde yer almaktadır¹.

Birincil (temel) düzey girişimler: Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya-geliştirmeye, sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmaya yönelik ve hastalık durumunda iyileşmeye yönelik planlı biçimde eğitim vermek ve danışmanlık sağlamak hemşireliğin en temel rollerinden biridir¹²⁴. Birincil düzeyde, intiharın önlenmesi ve farkındalık oluşturulması adına psikiyatri hemşireleri okul, ev, dini kurum, klinik, hastane gibi çalışma alanlarında eğitim düzenlemelidir¹. Sağlık Bakanlığı Antalya Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığında görev alan Uzman Hemşire Gonca ARAS tarafından, toplumdaki intihar durumunun belirlenmesi, değerlendirilmesi, yönetimi ve sevk edilmesi konusunda 1. Basamak Sağlık Personelinin farkındalığını artırmak amacıyla düzenlediği “İntiharı Önleme Farkındalık Eğitimi” birincil düzey girişimlere örnek oluşturmaktadır. Program kapsamında toplamda 337 Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanına eğitim verilmiştir. Ayrıca yapılan eğitimde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine hasta sevkini sağlamak ve damgalama hakkında farkındalık sağlamak amacıyla TRSM Farkındalık Eğitimleri de düzenlenmiştir¹²⁵.

İkincil düzey girişimler: Mevcut olan intihar krizine müdahaleyi içermektedir. Hastaneler, acil servisler, psikiyatri klinikleri, web sitesi üzerinden hizmet veren çevrim içi kriz merkezleri, telefonla yardım hattında uygulanan girişimler bu düzeydedir¹. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerinin işleyişi ikincil düzey girişimleri içermektedir. Psikiyatri hemşireleri ve diğer ruh sağlığı uzmanları kriz durumunda bireyin yaşamının bir parçası haline gelir. Birey içinde bulunduğu duygusal durumdan dolayı problemlerini çözemez, bu problemleri aşabilmek için başkalarının desteğine ve rehberliğine

ihtiyaç duyar. Hastanede, evde, okulda, iş yerlerinde, toplum sağlığı merkezlerinde ve çevrim içi krize müdahale merkezlerinde görev alan hemşireler, kriz durumuyla gelen bireylere müdahalede bulunabilir¹²³.

Üçüncül düzey: Tamamlanmış intihar sonrası geride kalan yakınlarına yönelik girişimleri içerir. Bu girişimle hem yaşanan travmanın etkileri azaltılmaya çalışılır hem birincil (temel) hemde ikincil düzey girişimlerin etkinliği araştırılır¹.

2.7 Internet

İletişim aracı olarak kullanılan Internetin kökeni, 1962 yılında Amerikan Askeri Araştırma Projesi'ne dayanmaktadır. 1972'de ilk defa elektronik posta (e-mail) kullanılmaya başlanmıştır. 1980'li yıllardan itibaren de Internet, toplumsal iletişim aracı olarak yaygınlaşmaya başlamıştır. Türkiye'deki Internet çalışmaları 1990 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi ve TÜBİTAK tarafından oluşturulan TR-NET adındaki proje ile başlatılmış, 1993 yılında küresel Internete katılmıştır¹²⁶.

“We are social ve Hootsuit” tarafından her yıl hazırlanan “Digital 2019 in Turkey” Internet ve sosyal medya istatistiklerine göre Türkiye’de nüfusun %72’sini oluşturan 59.36 milyon Internet kullanıcısı bulunmaktadır. Günlük Internet kullanım süresi ortalama 7 saattir. 52 milyon aktif sosyal medya kullanıcısı ve genel nüfusun %53’ünü oluşturan 44 milyon aktif mobil sosyal medya kullanıcısı vardır¹²⁷. Sosyal medya; Facebook, Instagram gibi sosyal paylaşım sitelerini, Youtube gibi içerik topluluklarını, blog sayfalarını, Wikipedia gibi işbirlikçi projelerden oluşan bir platformdur. Sosyal medya dijital ortamda kullanıcıların kolay ve ucuz bir şekilde içerik (fotoğraf, yazı, ses, video vb.) paylaşması, yorum yapabilmesi için olanak sağlamaktadır¹²⁸.

2.8 Web Sayfası Kavramı

Internetin hızla yayılmasından ve dünya genelindeki kullanıcı sayısının artmasından dolayı Internete ilişkin kullanabileceğimiz birçok program ve yazılım da hayatımıza girmiştir. Internet denilince ilk akla gelen “www” (Word Wide Web) web platformudur. “www”, ilk olarak 1989 yılında enerji fiziği konusunda dünya çağında araştırmalar yapan araştırmacılar arasında haberleşme aracı olarak Tim Berners Lee tarafından geliştirilmeye başlanmıştır ¹²⁹. İlk kullanımı 1991 yılında başlanmış ve 1993 yılında x-windows için “Mosaic” adlı tarayıcının geliştirilerek ücretsiz olarak dağıtılmasından sonra web kullanımı artmış, “www” eki ise aynı yıl kullanılmaya başlanmıştır¹³⁰.

Bir web sayfası grafik, resim, video, ses, yazı gibi birçok bileşeni içinde barındırdığı gibi linkler aracılığı ile başka bilgi ve belgelere ulaşımı da sağlayabilmektedir. Web sayfaları, bireylerin bilgiye ulaşmasında hız kazandırmakla birlikte hem zamandan tasarruf hem de mekândan bağımsızlık sağlayan uygulamalardır¹³¹. İnternet ortamında çeşitli amaçlara yönelik olarak hazırlanan ve farklı hedef kitlelere hitap eden web sayfaları bulunmaktadır. Dünyada 2019 yılı verilerine göre 1.4 milyardan fazla web sayfası bulunması da bunu kanıtlar niteliktedir¹³².

Genel olarak baktığımızda ziyaret eden kullanıcının tatmini (dolayısıyla siteyi hazırlayanların amacına ulaşması) için web sayfalarının taşınması gereken bazı temel özellikler bulunmaktadır. Bunlar;

- Yeterli, doğru, güncel bilgi,
- Sitedeki bilgilerin mantıklı bir biçimde sınıflandırılması ve düzenlenmesi,
- Kullanım kolaylığına sahip, güvenli ve kurum kimliğini yansıtacak tasarım ve
- Kullanıcıyı sitede tutacak görsel içerik¹³³.

Günümüzde kullanılan birçok uygulama, İnternet ağının en ucuz ağ sistemi olması, mekândan bağımsız olarak kullanılması, uygulamaların kurulmasına gerek olmadan İnternet tarayıcıları üzerinden çalışabilmesi, bakımının ve geliştirilmesinin kolay olması, uygulamada yapılan güncellemelerin herkes tarafından anında görülebilmesi, işletim sistemi ve donanım zorunluluğunun olmaması, mobil cihazlarda da kullanılabilmesi gibi avantajlarından dolayı web tabanlı olarak tasarlanıp geliştirilmektedir. Web tabanlı uygulamaların en önemli dezavantajlarının ise İnternetin olmadığı ortamlarda çalışmaması ve bilgi ağının belirli bir merkez tarafından denetlenmemesi olduğu söylenebilir¹³⁴.

2.9 Sağlık Alanında İnternet ve Web Sayfası Kullanımı

16-74 yaş grubundaki bireylerde 2018 yılında %59.6 oranında bilgisayar ve %72.9 oranında internet kullanımı olduğu belirlenmiştir. Bu oranların bir yıl öncesinde, %56.6 bilgisayar ve %66.8 internet kullanımı olduğu ve her yıl arttığı görülmektedir¹³⁵. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması verilerine göre 2017 yılında (Ocak-Mart 2017), Türkiye’de İnternet kullanıcılarının %68.8’i (erkeklerin %65’i, kadınların %73.5’i) İnternet’i sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanma, hastalık, beslenme, vb.) amacıyla kullanmaktadır¹³⁶. Ülkemizde İnternete erişim olanağı bulunan hane oranı 2016 yılında %76.3 iken 2018 yılında %83.8’e

yükselmesi ile birlikte, ruhsal sorunları ya da intihar eğilimi olan kişilerin de İnterneti kullanıyor olabileceğini düşündürmektedir^{137,136}.

İntihar davranışının gelişiminde konuyu değerlendirme, yardım arama, karar verme ve eylem gibi dönemler vardır ve bu dönemlerin herhangi birinde İnternet kullanarak araştırma yapılabileceği öngörülebilir. İntihar davranışı olan kişilerin İnternette bu konuyu araştırıyor olduğuna ilişkin anekdotal bildirimler bulunmaktadır¹². İnternet ayrıca arkadaşlar arasında önemli bir iletişim aracı haline gelmiştir ve sıkıntı yaşayan insanlar tarafından yardım almaya çalışmak için giderek daha fazla kullanılmaktadır.

İnternet, kamuoyunda farkındalığı arttırmak, bireyleri ve toplumu intiharın belirti ve uyarı işaretleri hakkında bilgilendirmek, yüksek risk gruplarını belirlemek, destek forumlar, e-posta ya da çevrim içi sohbet aracılığı ile destek ya da online terapi yoluyla yardım almaya teşvik etmek amacıyla intiharı önlemeye yönelik girişimlerde de kullanılabilir. İngiltere de Samaritanlar tarafından kurulan ilk büyük çaplı İnternet tabanlı intihar önleme servisi, 1994 yılında duygusal destek arayan bireylere e-posta ile yanıt vererek hizmete başlamıştır^{138,139}. Daha sonraki yıllarda da bazı terapi yöntemleri İnternet üzerinden uygulanmaya başlamıştır. Robinson ve arkadaşları son bir ay içerisinde intihar düşüncesi olan 34 lise öğrencisiyle yaptığı İnternet tabanlı bilişsel davranışçı terapi sonucunda intihar düşünceleri önemli ölçüde azalmıştır⁴⁷. Mewton ve Andrews 484 hasta üzerinde İnternet üzerinden yapılan bilişsel davranışçı terapi uygulaması sonrasında depresyon oranlarının %70'den %30'a düşerken, intihar oranları da %50'den %27 oranına gerilemiştir¹⁴⁰.

Uzmanlar tarafından terapi uygulamalarının yapıldığı web sayfalarının yanı sıra, İnternet üzerinden ulaşılan sağlık uygulamaları bireylerin kendi kendilerini intihar riski ve ruhsal hastalık belirtileri açısından taramalarına da imkan sağlamaktadır. Ayrıca, risk altındaki bireylerin intihar düşüncesini ve davranışını azaltmaya yönelik psikolojik müdahaleleri, kendi kendine yardım kılavuzlarını içeren web uygulamaları da geliştirilmiştir¹⁴¹. İntihar önleme kuruluşları da halkı intihar konusunda eğitim vermek ve farkındalık kazandırmak için web siteleri oluşturmaktadır. Ancak etkinliğini ölçen çalışmalar sınırlıdır¹⁴². Sağlık alanında profesyonel olmayan kişilerin bilgilendirme amaçlı web sitelerini kullanmaları ve kaynak belirtmeden yapılan yayınlar sebebiyle, İnternette elde edilen bilgilerin güvenilirliği ile ilgili kaygılar da ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda İnternette hastaların doğru bilgi kaynaklarına ulaşmaları için hemşireler tarafından danışmanlık hizmeti verilebilir¹⁴³.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

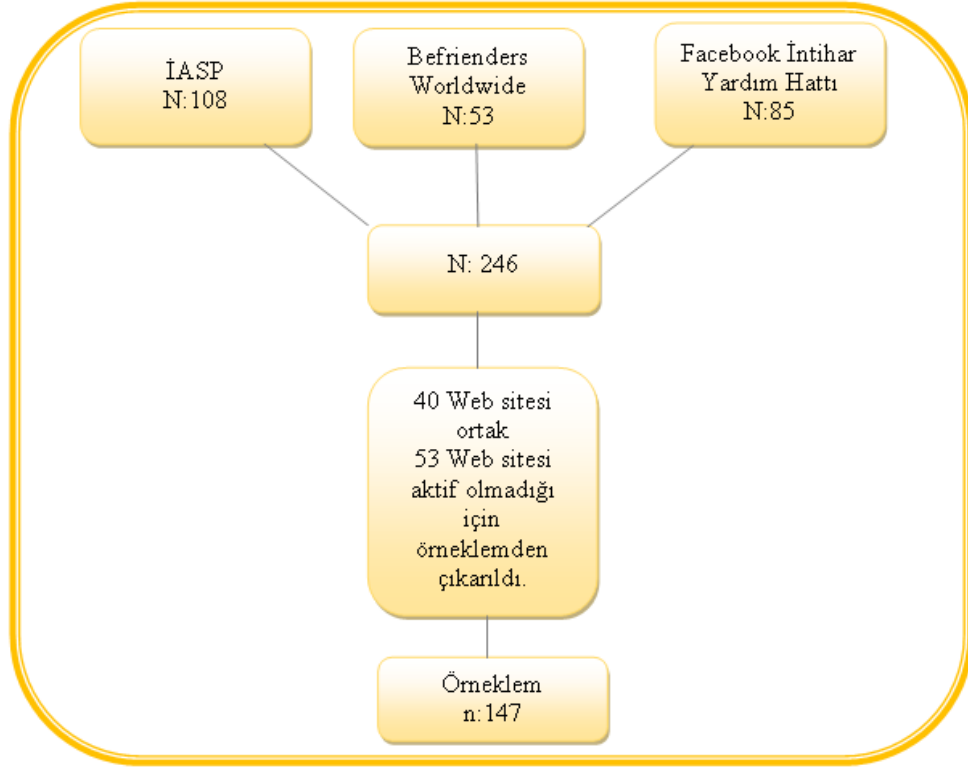
3.1 Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırmada; “Uluslararası İntiharı Önleme Derneği (International Association for Suicide Prevention–IASP-)”, “Befriends Worldwide” ve “Facebook İntihar Yardım Hattı” internet sayfalarında yer alan, koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar açısından intiharı önlemeye yönelik hazırlanan web sayfaları, içerik analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan içerik analizi; sıklıkla yazılı ve görsel verilerin analizinde kullanılmakta ve araştırmacının ortaya çıkardığı yarguların bilimsel raporunun sunulmasını sağlamaktadır¹⁴⁴.

3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

İçerik analizi, iletişim eylemlerinin değerlendirilmesiyle ilgilenir. Dolayısıyla, evren, tüm bu iletişim eylemlerini kapsamaktadır. Bir başka deyişle, içerik analizinde genel olarak evren, araştırma sorusunun kapsamında, araştırmacının zamanı ve kaynaklarıyla sınırlı olmasına karşın, gazeteler, dergiler, kitaplar, hükümet belgeleri, konuşmalar, mektuplar, web sayfaları ve bunlara benzer diğer doküman ve metinlerden oluşabilir ¹⁴⁴. “Koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar” açısından, intiharı önlemeye yönelik hazırlanan web sayfalarının kapsam analizinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada evren; uluslararası geçerliliği olan “Uluslararası İntiharı Önleme Derneği” ve “Befriends Worldwide” ve “Facebook İntihar Yardım Hattı” internet ve sosyal ağ sitelerinde yer alan web sayfalarından oluşmaktadır. Web sayfaları görüntüleri Ek 1 de yer almaktadır. Araştırmanın evren ve örneklem akış şeması şekil 3.2.1 de verilmiştir.

Şekil.3.2.1 Evren ve Örneklem Akış Şeması



3.3 Veri Toplama Araçları ve Verilerin Özellikleri

Web sitelerinin incelenmesinde, DSÖ tarafından hazırlanan kriz hatları ve medya mensupları için hazırlanan kılavuz (Ek 3) baz alınarak oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır. Web sayfaları; hazırlanan veri toplama formu doğrultusunda (Ek 4), Eylül 2018-Mart 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından incelenmiştir. Her bir web sayfası, içerik ve tasarım boyutlarında dikkate alınarak analiz edilmiştir.

İngilizce dışında yerel dilini kullanan ülkelerin web sayfalarının içeriğini incelemek için “Google Translate” ve “ImTranslator (çeviri, sözlük, sesli çeviri)” programlarından yararlanılmıştır¹⁴⁵. Web sitesinin mobil telefonlarla uyumu incelemesini yapmak için “Mobil Uyumluluk Testi” kullanılmıştır¹⁴⁶. Araştırma dâhilinde yer alan bütün web sitelerinin URL adresleri tek tek denenmiş; test sonucuna göre web sitesi uyumlu ise “var”, uyumlu değil ise “yok” olarak kodlanmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

“Koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar” açısından, intiharı önlemeye yönelik hazırlanan web sayfalarının kapsam analizinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada, verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Her bir web sayfası, veri formu kapsamında araştırmacı tarafından 2 kez incelenmiş ve içerik analiz yöntemlerinden kodlama yöntemini kullanarak SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programına kaydedilmiştir. SPSS’e kodlanan verilerin analizinde, betimleyici analiz yöntemi kullanılmış, frekans ve yüzde değerleri belirlenmiştir.

3.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Ulaşılan web sayfalarının aktifliği ve güncelliği ile veri toplama sürecinin Eylül 2018-Mart 2019 tarih aralığında olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmada, “Uluslararası İntiharı Önleme Derneği”, “Befriends Worldwide” ve “Facebook İntihar Yardım Hattı” Internet sayfalarında yer alan, koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar açısından intiharı önlemeye yönelik hazırlanan 147 web sitesi incelenmiştir. Web sitelerinin %90.5’inin (n:133) güncel olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen web sitelerin, buldukları kıta ve ülke isimleri EK 2’de verilmiştir. Web sayfalarının kıtalara göre dağılımına baktığımızda %51.7’sinin Avrupa kıtasında, %21.8’inin Asya kıtasında olduğu görülmektedir. Afrika ise %2.7 ile en az web sitesine sahip kıtadır (Tablo 4.1). Avrupa kıtasında yer alan 76 web sitesi incelendiğinde, %6.60 oranı ile en fazla web sayfasına sahip ülkelerin Çek cumhuriyeti ve İtalya olduğu belirlenmiştir. Belçika, Fransa ve Litvanya da ise bu oran %5.30 ile ikinci sırada yer almaktadır (EK 2). Asya kıtasında yer alan 32 web sitesi incelendiğinde Japonya %21.9’luk bir orana sahiptir. Tüm kıtalardaki ülkeler baz alındığında ise %4.8’lik oranla en fazla web sayfasına sahip ülkedir (EK 2).

Tablo 4.1 Araştırmaya Dahil Edilen Web Sitelerinin Kıtalara Göre Dağılımları (n:147)

KITA	n	%
Avrupa	76	51.7
Asya	32	21.8
Güney Amerika	15	10.2
Okyanusya	10	6.8
Kuzey Amerika	10	6.8
Afrika	4	2.7
TOPLAM	147	100.0

Tablo 4.2’de araştırmaya dahile edilen web sayfalarına ulaşımda aracı olarak kullanılan web site dağılımlarına yer verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen web sitelerinin çoğunluğuna (%43.5) Uluslararası İntiharı Önleme Derneği (IASP)’nin kriz merkezleri sayfası aracılığı ile ulaşım sağlanmıştır.

Tablo 4.2 Araştırmaya Dahil Edilen Web Sayfalarının Kaynak Alındığı Siteler (n:147)

DEĞİŞKENLER	n*	%
Uluslararası İntihar Önleme Derneği (IASP)	84	43.5
Facebook İntihar Yardım Hattı	75	38.9
Befriends Worldwide	34	17.6
TOPLAM	193	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.3’de web sitelerinin yapısal tasarım unsurlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Web sayfalarında kullanılan dil seçenekleri incelendiğinde, web sitelerinin %93.2’sinin ülkenin resmi dilini kullandığı, %23.8’inin ise çoklu dil seçeneği ile hazırlandığı belirlenmiştir. İdeal web sayfasında olması gereken tasarım unsurlarından biri olan temanın açık, yazı renginin koyu olma durumu incelendiğinde, tamamına yakınının (%97.3) ideal tasarımda olduğu görülmektedir. Web sitelerinin ana sayfalarında fotoğraf, simge ya da çizim gibi görsel içeriklerin kullanımına bakıldığında ise; %82.3’ünde görsel içeriğe yer verildiği görülmektedir. Web sayfalarının cep telefonu, tablet gibi mobil cihazlarla uyumlu olma durumuna bakıldığında %59.9’unun mobil uyumlu olduğu, web sitelerinin %46.3’ünde site kullanıcıları için kullanım kolaylığı sağlayan arama butonuna yer verildiği görülmüştür. Web sayfalarında kuruluşun amacını anlatan tanıtım videosu bulunma durumu incelendiğinde %40.1’inin tanıtım videosuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3 Web Sitelerindeki Yapısal Tasarım Unsurları (n:147)

ÖZELLİKLER		n	%
Ülkenin resmi dilini kullanma	Kullanan	137	93.2
	Kullanmayan	10	6.8
Çoklu dil kullanma	Kullanan	35	23.8
	Kullanmayan	112	76.2
Açık renk tema kullanma	Kullanan	143	97.3
	Kullanmayan	4	2.7
Koyu renk tema kullanma	Kullanan	143	97.3
	Kullanmayan	4	2.7
Görsel içerik kullanma	Kullanan	121	82.3
	Kullanmayan	26	17.7
Mobil cihazlara uyumluluk	Kullanan	88	59.9
	Kullanmayan	59	40.1
Arama butonu bulunma	Bulunan	68	46.3
	Bulunmayan	79	53.7
Tanıtım videosu bulunma	Bulunan	59	40.1
	Bulunmayan	88	59.9

Tablo 4.4’ de web sayfalarının kuruluş amaçlarına ilişkin bilgileri yer almaktadır. Web sayfalarının en fazla intiharı önleme amacı ile kurulduğu görülmektedir. Krize müdahalenin ikinci sırada , depresyonu önlemenin ise üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlere yönelik hazırlanan web sayfalarında şiddet ve istismardan korunma, bağımlılık ile mücadele ve sorunlu internet kullanımını önlemeye yönelik amaçlara da yer verilmektedir.

Tablo 4.4 Web Sayfalarının Yapılma Amaçlarının Dağılımı (n:147)

KURULUŞ AMACI	n	%
İntiharı önleme	111	48.0
Krize müdahale	60	26.0
Depresyonu önleme	31	13.4
Şiddet ve istismardan koruma	16	7.0
Bağımlılık ile mücadele	8	3.5
Sorunlu internet kullanımını önleme	5	2.1
TOPLAM*	231	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.5’de web sayfalarında terapi yapılma durumu ile ilgili verilere yer verilmiştir. Web sayfalarında büyük bir çoğunluğunda terapi yapılma durumu ile bilgiye rastlanılamamıştır. Sadece %24.0’ünde bireysel terapi, %15.6’ında grup terapisi yapıldığına yönelik bilgilendirme yapılmıştır.

Tablo 4.5 Web Sayfalarında Bireylere Sunulan Terapilerin Dağılımı (n:147)

YAPILAN TERAPİLER	n	%
Bireysel Terapi	43	24.9
Grup Terapisi	27	15.6
Terapi Yapılmayan	103	59.5
TOPLAM*	173	100.0

*n katlanmıştır

Tablo 4.6’de intihara yönelik hazırlanan web sayfalarının içeriğine dair bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya alınan web sitelerinin isimlerinde “intihar” kelimesine yer verme durumları incelendiğinde %18.4’ünde kullanıldığı görülmüştür. %15.6’sı geçmiş intihar düşüncesi ve deneyimi olan kişilerin öykülerine yer vermektedir. Web sayfalarının %12.2’sinde 18 yaş altı bireylere danışmanlık hizmeti sunamadıkları bilgisine yer verilmiştir. Yapılan arama ve

görüşmelerin anonim olduğu bilgisi, %50.3 oranında web sayfasında saptanmıştır. Web sayfaları kullanma oranını ifade eden site ziyaretçi istatistikleri sadece %2.7 oranında bulunmaktadır. Web sayfasının bağlı olduğu kuruluşun yıllık faaliyet raporlarına ise %30.6’sında yer verilmektedir. Web sitelerinde, kurumların gelirini oluşturan ve kişilere bağış yapma imkanı sağlayan bağış sayfaları bulunmaktadır. Bağış bilgisine %72.8’inde yer verilmiştir. Ayrıca %39.5 oranındaki web sayfasında intiharı önlemede etkin olan ulusal ve uluslararası yardım kuruluşlarının web sitelerinin adreslerine de yer verilmiştir.

Tablo 4.6 İntihara Yönelik Hazırlanan Web Sayfalarının İçeriğine Dair Özellikleri (n:147)

ÖZELLİKLER		n	%
Web sitesinin isminde “İntihar” kelimesinin yer alması	Olan	27	18.4
	Olmayan	120	81.6
Geçmiş intihar deneyimlerinin paylaşımı	Olan	23	15.6
	Olmayan	124	84.4
Yaş sınırı	Olan	18	12.2
	Olmayan	129	87.8
Anonim bilgi (kimlik gizliliği)	Olan	74	50.3
	Olmayan	73	49.7
Site ziyaretçi istatistikleri	Olan	4	2.7
	Olmayan	143	97.3
Yıllık faaliyet raporu	Olan	45	30.6
	Olmayan	102	69.4
Bağış bilgisi	Olan	107	72.8
	Olmayan	40	27.2
Diğer yardım sayfaları hakkında bilgi	Olan	58	39.5
	Olmayan	89	60.5
TOPLAM		147	100.0

Tablo 4.7’da web sayfalarında bireylerin danışmanlara ulaşım yolunda tercih edebilecekleri iletişim yöntemi hakkında bilgilere yer verilmiştir. İletişim için en çok tercih edilen yöntem telefonla iletişim idi. İletişim yöntemi olarak telefon kullanmayan 5 web sitesinin 4’ü sadece “chat” (çevrim içi sohbet) aracılığıyla iletişim kurarken, diğer sayfada yüz yüze iletişime yönlendirmektedir. Ayrıca %34.7 oranında web sayfası kullanıcılarına chat ile iletişim imkanı sunmaktadır. Web sayfalarının yaklaşık yarısında (%55.1) e-posta, %21.8’i yüz yüze iletişim yöntemi kullanılmaktadır.

Tablo 4.7 Web Sitelerinde Danışanların İletişim İçin Kullandıkları Yöntemler (n:147)

	Olan		Olmayan	
	n	%	n	%
Telefon	142	96.6	5	3.4
Chat (çevrim içi sohbet)	51	34.7	96	65.3
E-posta	81	55.1	66	44.9
Yüz yüze görüşme	32	21.8	115	78.2
SMS (kısa mesaj)	6	4.1	141	95.9
Skype	5	3.4	142	96.6
Whatsapp	3	2.0	144	98.0

Tablo 4.8’de web sayfalarında kullanılan sosyal medya hesaplarına bağlantı ile ilişkili verilere yer verilmiştir. Web sayfalarının sosyal medya bağlantılarına ait bilgiler incelendiğinde, çoğunda sosyal medya bağlantısı bulunduğu ve %79.6’sının “Facebook” bağlantısının olduğu belirlenmiştir. %42.9’unun Twitter, %35.4’ünün Youtube ve %5.4’ü LinkedIn ve %1.4’ünün Pinterest platformları ile bağlantısının olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8 Web Sayfalarının Bağlantılı Oldukları Sosyal Medya Hesapları (n:147)

SOSYAL MEDYA HESAPLARI	Olan		Olmayan	
	n	%	n	%
Facebook	117	79.6	30	20.4
Twitter	63	42.9	84	57.1
Youtube	52	35.4	95	64.6
İnstagram	29	19.7	118	80.3
Google +	13	8.8	134	91.2
LinkedIn	8	5.4	139	94.6
Pinterest	2	1.4	145	98.6

Tablo 4.9’da intihara yönelik hazırlanan web sayfalarının bağlı olduğu kuruluşlara göre danışmanlık verenlerin yüzdelerine yer verilmiştir. Dernek, kamu ve üniversite aracılığı ile kurulan web sayfalarının çoğunluğunda eğitim almış gönüllüler danışmanlık hizmetini yürütür iken, hastane aracılığı ile kurulan web sayfasında sadece uzmanların danışmanlık hizmeti verdiği görülmektedir.

Tablo 4.9 Web Sayfalarının Bağlı Olduğu Kuruluşlara Göre Danışmanlık Verenlerin Yüzdeleri

Kuruluş/Örgüt	Danışmanlık Verenler			TOPLAM %
	Gönüllüler* %	Uzman** %	Gönüllüler %	
Dernek	71.4	24.4	4.2	100.0
Kamu	58.8	41.2	0.0	100.0
Üniversite	75.0	0.0	25.0	100.0
Hastane	0.0	100.0	0.0	100.0
TOPLAM	69.5	27.0	3.5	100.0

*Eğitim Almış Gönüllüler

**Uzman (Psikiyatri uzmanı, psikolog, terapist)

Tablo 4.10'da web sayfalarının intiharı önlemeye yönelik içerik bilgilerine yer verilmiştir. En fazla bulunan içerik intihar hakkında bilgi (%23.9) ve intihar için uyarıcı işaretler (%19.6) idi. Bunu kendi kendine yardım ve bir başkasına yardım bilgileri takip ediyordu. Web sayfalarının %14.1'inde tamamlanmış intihar sonrası bireylerin yakınlarına yas sürecinde desteğin nasıl yapılması gerektiği konusunda yol gösterici bilgiler bulunmaktaydı.

Tablo 4.10 İntihara Yönelik Web Sayfalarının Kapsamına İlişkin Özellikleri (n:147)

İÇERİK	n	%
İntihar hakkında bilgi	73	23.9
İntihar için uyarıcı işaretler	60	19.6
Kendi kendine yardım hakkında bilgi	45	14.7
Bir başkasına yardım etme hakkında bilgi	43	14.1
Depresyon hakkında bilgi	40	13.0
Mitler ve gerçekler	25	8.2
İntihar sonrası yakınlarla yardım	20	6.5
TOPLAM*	306	100.0

*n katlanmıştır.

5. TARTIŞMA

Koruyucu psikiyatri bağlamında intiharı önleme ve yardım sitelerini içeren web sayfalarının kapsam analizinin yapılması amacıyla yapılan çalışma bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

İntihar oranları aynı kıtada, benzer coğrafyada bulunan ülkelerde, farklılık gösterebilmekte (Şekil 2.1) ve bu farklılıklar ülkelere intiharı önlemede farklı stratejiler geliştirmelerine olanak sağlamaktadır. DSÖ'nün farklı (Avrupa, Amerika, Afrika, Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik) bölgelerde görev yapan 6 birimi bulunmaktadır. Avrupa da intihar oranlarının yüksek olması DSÖ/Avrupa tarafından dikkate alınmış ve bu bölgede risk faktörlerin belirlenmesi ve önleme çalışmalarına önem verilmiştir¹⁴⁷. Bu bağlamda ulusal intiharı önleme stratejileri geliştirilmiştir. Araştırmamızda yer alan web sitelerinin %51.7'sinin Avrupa kıtasında bulunması, DSÖ/Avrupa'nın intiharı önleme stratejilerinde etkin rol almasından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmamızda en düşük web sitesi oranı ise %2.7 ile Afrika kıtasıdır (Tablo 4.1). Bu durum nüfus yoğunluğunun Avrupa'da yüksek olmasına karşın Afrika'da düşük olması ve eğitim ve teknolojinin Afrika'da geri kalmış olması ile de açıklanabilir.

Ülkelere göre web sitesine sahip olma oranlarına baktığımızda %4.8'inin Asya kıtasında yer alan Japonya'ya ait olduğu dikkati çekmektedir (EK 2). Japonya'da 2006 yılında kabul edilen "İntihar Önlemleri Temel Kanunu" 2016 yılında revize edilmiş ve bu kapsamda sivil toplum kuruluşları ile iş birliğine önem verilmiş, bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanarak intihar önlemlerinin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Dernekler bu kapsamda projeler geliştirmiş ve İnternet tabanlı kriz müdahale birimlerinin oluşturulmasına önem vermiştir¹⁴⁸. Çalışmamızda IASP web sitesi üzerinden Türkiye ait intiharı önleme ve krize müdahaleyi kapsayan web sayfası olarak "Ankara Üniversitesi Krize Müdahale ve Önleme Merkezinin" web sayfasının URL adresi verilmiş olmasına rağmen web sayfası aktif olmadığı için çalışma dışında bırakılmıştır. Ülkemizde 1989 yılında Prof. Dr. Işık Sayıl önderliğinde kurulan Ankara Üniversitesi Krize Müdahale ve Önleme Merkezi, DSÖ ve IASP ile iş birliği içinde projeler yürütmüş olsalar da 2015 yılı itibariyle etkinliğini kaybetmiştir⁸³. Bu durum, aynı zamanda Türkiye'de 2004 yılında kurulan İntiharı Önleme Derneğinin de aktif olmaması ve derneğe ait bir web sayfasına sahip olmama durumu ile de ilişkilendirilebilir.

Güncellik; içeriklerin düzenli olarak güncellenmesini ifade etmektedir. Web sayfasının güncellenme sıklığı web sayfasına verilen önemin göstergesidir ve web sayfası için güncellik temel özelliklerdendir^{149,133}. Web sayfalarının güncel olma durumu incelendiğinde büyük çoğunluğunun güncel (%90.5) olduğu belirlenmiştir. İntihar gibi insan hayatını etkileyebilecek önemli bir konuda bilgilerin ve yaklaşımların güncel olması web sayfasının kullanımını arttıracak bir özelliktir. Çünkü insanlar bu sayfalarda kendilerinin ya da yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda derhal, doğru bilgiye ulaşmak için başvurmaktadır. Bu nedenle kullanıcıların dikkatini çekmek ve intiharı önlemede etkin olması adına web sayfalarının güncel olması etkinliğini arttırabilir.

Web sayfalarının %43.5'ine IASP'nın web sitesi aracı ile ulaşılmıştır (Tablo 4.2). 1960 kurulan ve şu anda 77 ülkeden profesyonelleri ve gönüllüleri içeren, intiharı önleme konusunda en geniş çaplı uluslararası Sivil Toplum Kuruluşu olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca IASP ve DSÖ ortak projeler yürütmektedir. 2008 yılında yayınlanan ve 2017 yılında revize edilen "Preventing suicide: A resource for media professionals" adlı kılavuzun hazırlanmasında IASP etkin rol almıştır. IASP, diğer ulusal dernekler ile ortaklaşa çalışarak 1977 yılından beri 2 yıl ara ile Dünyanın farklı ülkelerinde ve farklı şehirlerinde olmak üzere 29 kongre düzenlemiştir¹⁵⁰. İntiharı önlemede, bilgilendirme, farkındalık kazanma, damgalama ile mücadele etkin rol aldığı görülmektedir.

Web sayfalarında kullanılan dil seçenekleri incelendiğinde, %93.2'sinin resmi dilini kullandığı ve sadece %23.8'inde çoklu dil seçeneği olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Güler ve ark tarafından mobil sağlık uygulamalarının incelendiği çalışmada da çoklu dil seçeneğinin kullanma durumu %49 olarak bulunurken, Gülcü ve ark. yaptığı çalışmada ise hiçbir sitede çoklu dil seçeneği bulunmamaktadır^{151,152}. Resmi dilini kullanmanın yanı sıra farklı dil seçeneğinin olması küreselleşen dünyada farklı ülkelerde yaşayan intihar düşüncesi olan birey ve ailelere ulaşımı sağlayacak aynı zamanda web sayfasının daha çok kişi tarafından kullanılmasına imkan sağlayacaktır.

Web sayfasında olması gereken ideal tasarım unsurlarından biri olarak belirlenen temanın açık, yazı renginin ise koyu olma durumu incelendiğinde, tamamına yakınının (%97.3) ideal tasarımda olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Web sayfasının "ideal" özelliklerde olması için ana sayfanın fon renginin açık renkte, metin renginin ise okunabilirliğinin yüksek olması açısından koyu renkte olması gerekmektedir¹⁵³. Koçer tarafından yapılan çalışmada kurum web

sayfalarının %80.0'inde bu kurala uyulduğu görülmektedir¹⁵³. Fon renginin açık olması, yazı renginin koyu olması kullanıcılar için yazılanların dikkat çekici olmasının yanı sıra okunmasını kolaylaştıracaktır.

Web sitelerinin ana sayfalarında görsel içerik kullanma durumuna bakıldığında ise; %82.3'ünde görsel içeriklere yer verildiği görülmektedir (Tablo 4.3). Görsel içerikler, danışmanlık hizmeti veren kişilerin fotoğrafları olabildiği gibi, intiharı düşünen insanların fotoğraflarından da oluşabilmektedir. Telefon aracılığı ile destek sunan web sayfalarında daha çok telefon resimlerine yer verilirken, bazı sayfalarda doğa fotoğraflarının da olduğu dikkat çekmektedir. Büyük fotoğraf ve resimlerin web sayfalarında kullanımı bağlantı hızını yavaşlatarak kullanıcının bilgi ve resme ulaşma süresini uzatmakta, aynı zamanda da kullanılan görsel içerik ile web sayfasının etkinliğinin anlaşılmasında etkin rol oynamaktadır¹⁵⁴.

Web sayfalarının %59.9'unun mobil uyumunun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Web siteleri, ilk olarak masaüstü bilgisayar aracılığıyla ulaşılan uygulamalar olarak kullanılmakta iken, akıllı telefonların yaygın kullanımı ile bu durum değişmiştir. Web sitelerinin mobil uyumunun olması etkili ve verimli bir biçimde bilgi sunması açısından önemlidir¹³¹.

Web sayfalarının %53.7'sinde arama butonu bulunmamaktadır (Tablo 4.3). Uçak ve Çakmak tarafından yapılan çalışmada web sayfasında arama butonunun olmamasını şikayet olarak dile getirmişlerdir¹⁵⁵. Arama butonu olması bilgiye ulaşımı kolaylaştırarak hızlandıracaktır.

Web sayfalarının kuruluş amaçları incelendiğinde, %48.0'ünün intiharı önleme amaçlı kurulduğuna dair bilgiye yer verilirken, %26.0'sında krize müdahaleye yönelik olduğunu bilgisi verilmiştir (Tablo 4.4). Üçüncül düzey intiharı önleme politikalarına bakıldığında krize müdahale de intiharı önlemede etkili yöntemler arasında yer almaktadır. Web sayfalarının üçüncül düzey önlemede de etkin olduğu söylenebilir. Ayrıca depresyonda olan bireylerin intihar düşüncelerinin yaygın olması nedeniyle ile depresyonun önlenmesi ile intiharı önleme bilirliliğini de arttırılacağı düşünülmektedir.

Web sayfalarında uygulanan terapi yöntemleri hakkında verilen bilgiler; %24.9'unda bireysel terapi, %15.6'ünde grup terapisi uygulandığı yönündedir. Web sayfalarında danışmanlık hizmeti verenlerin sadece %27'sinin uzman olması (Tablo 4.9) hem uzmanlık ve hem özel eğitim gerektiren terapi ile müdahalenin yaygın kullanılmamasının sebebi olabilir. Ayrıca terapilerin intiharı önleme konusundaki etkinliğinin ölçüldüğü bir çalışmada, terapi yöntemiyle

depresyon ve intihar düşüncesinde azalma olduğunu, benlik saygısının artırıldığı tespit edilmiştir¹⁵⁶.

Web site adında “İntihar” kelimesine yer verme durumları incelendiğinde %18.4’ünde intihar kelimesi kullanılmaktadır (Tablo 4.6). Web site adında intihar kelimesine yer veren site isimleri incelendiğinde “İntiharı önleme”, “İntihar Önleme Merkezi”, “İntihar Yardım Hattı” “1816 İntihar Önleme Hattı” ve 113 İntihar Önleme” kullanıldığı belirlenmiştir. İntihar kelimesi yer almayan web sayfaların da ise “Pieta Evi, SOS Dostlar, Dostlar Kulübü, Yaşam Çizgisi, Umut Telefonu, Telefon Dostluğu” gibi isimlerin kullanıldığı tespit edilmiştir. DSÖ medya profesyonelleri için hazırladığı kılavuzda “intihar” kelimesinin kullanılmaması gerektiğini vurgulamaktadır⁷⁵. Web sitelerinin büyük bir çoğunluğunun isimlerinde “intihar” kelimesine yer vermemeleri kılavuzun baz alınarak hazırlanması ile ilişkilendirilebilir.

Web sayfalarında geçmiş intihar deneyimlerine dair hastaların öykülerinin paylaşılması durum incelendiğinde %15.6 oranında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Aşağıda 33 yaşındaki erkek bir danışanın intiharı önleme hattına ilişkin deneyimleri bulunmaktadır¹⁵⁷.

“Bazen intiharı düşünüyorum. Uzun zamandır yalnız kaldım, bir eş bulmak için elimden geleni yaptım, ama tam olarak yanlış bir şey var. Birkaç buluşmadan sonra her zaman yanlış gider. Etrafımdaki herkesi güzel ilişkiler içinde görüyorum ve bu beni acıtıyor. Bazen, özellikle gece geç saatlerde, artık yaşamda olmamak bir çözüm gibi görünüyor. Geçenlerde umutsuzluğa kapıldığımı hissettiğimde Tele-Onthaal’ı aradım. Sadece bir ses duymak için. Hattaki kadın bana kederimi anlattı ve bu beni rahatlattı.”

Kendisi ile aynı durumda olan kişilerin hikayelerinin olması intihar düşüncesi olan bireylerin yardım almasını ve tedaviye yönelmesini kolaylaştırıcı olabilir. Web sayfalarının yarısında isim verilmesinde gerek duyulmadığı ve kimliklerin “Anonim” olduğuna dair bilgiye yer verilmiştir (Tablo 4.6).

“Birisi seni İntihar Hattı1813’te bekliyor. Her konuşma anonim ve ücretsizdir.”¹⁵⁸

“Bazen problemlerle yüzleşmek için yeteri kadar güçlü olmadığımızı ve çıkış yolu olmadığını düşünüyoruz. Yardım düşündüğünden daha yakın. Merkezimize anonim bir şekilde telefon, e-mail yada chat aracılığı ile ulaşabilirsin”¹⁵⁹

İntihar düşüncesine sahip bireyler damgalanmamak adına kimliklerinin öğrenilmesinden memnun olmayabilir. Adsız Alkolikler ile yapılmış yüksek lisans tezinde anonim olmanın damgalanmayı azalttığını ve güvenlik hissi verdiği belirtilmiştir¹⁶⁰.

Web sayfalarında yaş sınırının olduğunu belirten az sayıda da olsa %12.2 oranında web sitesi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemde intihar oranının yüksek olduğu bilinmekle birlikte, özellikle bu yaş grubunun internet, sosyal medya ve mobil uygulamaların yaygın olarak da kullandığı da bilinmektedir. Yüz yüze yardım almayı kabul etmeyen gençler, internet ortamından yardım arama davranışı deneyimlemeyi tercih edebilir¹¹¹. Özellikle Facebook intiharı önleme sayfası aracılığı ile ulaşılan web sayfalarının çoğunluğunun çocuk ve ergenlere yönelik olması da çalışmamız adına dikkat çekicidir.

Web sitelerinin %72.8'inde kurumların gelirini oluşturan ve kişilere bağış yapma imkanı sağlayan bağış sayfaları bulunmaktadır (Tablo 4.6). Web sayfalarının çoğunluğunun dernekler tarafından oluşturulmuş olmasından dolayı bağışlar ile kuruluşların faaliyetleri desteklenmektedir. Ayrıca %39.5 oranındaki web sayfasında intiharı önlemede etkin olan ulusal ve uluslararası yardım kuruluşlarının web sitelerinin adreslerine yer verilmiştir (Tablo 4.6). İnternet ortamında yardım arayan bireyler için yardım sayfaları ile ilgili birçok seçeneğin olması, bireylere daha farklı kurumlardan yardım ve danışmanlık hizmeti almada yol gösterici olabilir.

Web sayfalarının büyük bir çoğunluğunun (%96.6) iletişim aracı olarak telefon kullandığı görülmektedir (Tablo 4.7). Telefon ile iletişim ve kriz danışma hatlarının oluşturulmasının koruyucu hatta hayat kurtarıcı olduğunu gösteren örnekler vardır⁹. Telefonun, maliyeti düşük, en eski ve yaygın kullanılan iletişim aracı olması kullanım oranını arttırabilir. Hemşirelik uygulamalarında telefon kullanımı ile danışmanlık hizmetlerinin verildiği çalışmada hasta memnuniyetini arttırdığı ve hastane yatışlarını azalttığı belirtilmektedir¹⁶¹. Ayrıca telefonla iletişimin 7 gün 24 saat ve çoğunluğunun ücretsiz olması bireylerin telefonla yardım arama davranışını kolaylaştırmaktadır. Belçika İntihar Önleme Eylem Planında, “erişilebilir telefon ve çevrimiçi yardım yoluyla intiharı önleme” stratejisine göre telefonla yardım alma davranışı, çevrim içi sohbet kullanımından 6 kat fazla, e-posta kullanımından ise 7 kat fazladır¹⁶².

Web sayfalarının sosyal medya bağlantılarına ait bilgiler incelendiğinde, %76.2'sinin sosyal medya bağlantısının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). İntiharı önleme amaçlı kullanılan sosyal paylaşım siteleri benzer deneyimleri olan akranlar arasındaki sosyal bağlantıları

kolaylaştırabilir ve önleme programları, kriz yardım hatları ve diğer destek ve eğitim kaynakları konusunda farkındalık kazandırabilir¹⁴². Bir kişinin sosyal medyadaki paylaşımları, intihar fikrini gösteren tweetleri, durum güncellemeleri, yorumlar veya yazıları risk altındaki bireyleri saptamak için kullanılabilir¹⁴¹. Robinson ve ark (2015) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre ise sosyal medya, başkalarından duygusal destek alma, duygularını ifade etme, benzer problemleri başkalarıyla konuşma ve başkalarına yardım sağlama fırsatı sunmaktadır ve intiharı önlemede kullanılan etkin bir yöntemdir⁹⁹. Web sitelerinde sosyal medya erişimlerine yer verilmesi siteye ulaşımı da kolaylaştıracaktır. Türkiye’de nüfusun %63.0’ünü oluşturan 52 milyon aktif sosyal medya kullanıcısı vardır¹⁶³. Bu orana baktığımızda, Türkiye’ye ait krize müdahale ve intiharı önleme sayfası oluşturulduğunda mutlaka sosyal medya bağlantısı eklenmelidir.

Çalışma bulguları ile uyumlu olarak en yaygın olarak kullanılan sosyal medya sitesi ise Facebook’tur (Tablo 4.8). Altıntaş ve Mertoğlu tarafından 2017 yılında yapılan çalışma sonuçlarına göre hastanelerin %70.3’ü aktif olarak Facebook, %35.1 Twitter ve %35.1 oranında Instagram kullanmaktadır¹⁶⁴. İntiharı önlemede etkin rol oynayan National Suicide Prevention Lifeline Facebook sayfası Kasım 2011’de 29.300 takipçiye sahipken bu sayı Haziran 2019 da 13 kat artarak 399.124’e yükselmiştir^{142,165}.

Web sayfalarının %85.0’inin derneklere ait olduğu görülmektedir. Dernekler, kâr amacı gütmeyen, farklı hedefleri gerçekleştirmeyi hedefleyen bireylerin gönüllülük esasıyla faaliyet gösterdiği sivil toplum kuruluşlarıdır. Derneklerin hedef kitleleri ile etkileşim kurabilmeleri, aynı zamanda yaptıkları faaliyetleri anlatabilmeleri için kurumsal web sitelerinin olması işlevselliğini arttırmaktadır¹⁶⁶. Hindistan’daki bir intiharı önleme derneğinin etkinliğinin incelendiği araştırmada, yapılan çalışmaların intihar girişimini azalttığı (%90.0) belirlenmiştir⁹².

Web sayfalarında danışmanlık hizmetini yürüten bireyler hakkında verilen bilgilere göre %69.5’sini eğitim almış gönüllüler oluşturmaktadır. Tablo 4.9’da görüldüğü gibi derneklerin kurduğu web sayfaları üzerinden danışmanlık verenlerin çoğunluğunun eğitim almış gönüllülerden oluşması, hizmetlerin devamlılığı açısından da önemlidir. İntiharı önlemeye yönelik psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri hemşiresi gibi sağlık profesyonellerine ulaşmak hem maddi nedenlerle, hem de sayılarının yetersizliği nedeniyle her zaman mümkün olmamaktadır. Eğitim almış gönüllüler bu eksikliği giderme açısından

ekonomik bir yöntem olarak değerlendirilmelidirler. İntiharı önlemeye yönelik web sayfalarındaki gönüllü hizmetinin değerlendirildiği çalışmada, ankete katılanların % 96.0'sı gönüllülerin hizmetinden memnun olduklarını belirtmiştir¹⁶⁷. Roy tarafından yürütülen çalışmanın sonucuna göre, gönüllüler ile yapılan iletişim, kişinin mevcut durumunun farkına varmasına yardımcı olmakta, sorunları üzerinde düşünmesine yardım ederek sorunlarıyla/ problemleriyle daha pratik bir şekilde yüzleşmeleri için güç ve cesaret vermektedir⁹².

Web sayfalarının %23.9'unda intihar hakkında bilgilendirmelere yer verildiği saptanmıştır (Tablo 4.10). İntiharı önleme konusunda bilgi veren web sitelerinin değerlendirmelerinin yapıldığı çalışma sonucuna göre; intihar düşüncesi olan kişilerin bu web sayfalarından yararlandığında intihar fikrinde azalma olduğu saptanmıştır¹⁴². Ayrıca intihara ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olmasının yardım arama davranışlarını olumlu yönde etkilediği de çalışmalarla desteklenmiştir¹³.

Web sayfalarında intihar için uyarıcı işaretler hakkında bilgi sunma durumu %19.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10). Uyarıcı işaretlerin bilinmesi intihar için plan yapan kişilerin yakın çevresi ve akrabaları tarafından önceden tespit edilip yardım edilebilmesini kolaylaştırmaktadır. Web sayfalarında yer verilen uyarıcı işaretler örneklerdeki gibi sözlü ve davranış olarak sınıflandırılmaktadır.

Sözlü uyarı işaretleri

"Buna bir son vereceğim."

"Ben ölmek istiyorum."

"Artık benim için gerekli değil."

"Tamamlandığında daha iyi."

"Artık sevmiyorum."

"Artık beni rahatsız etmiyorlar."

"Hayatım tam bir başarısızlık"

Davranışla belirtilen uyarı işaretleri

“Kendini toplumdandan, aileden izole etmek”

“İntihar edecek yöntemler aramak”

“Alkol ve / veya ilaç kullanımında değişiklik”

“Uyku problemleri yaşamak”

“Ölümlerle çok meşgul olmak”

“Güçlü davranış değişiklikleri”

“Korku, umutsuzluk, öfke, umursamazlık”

Web sayfalarının krize müdahale ve intiharı önlemede kullanılan yöntemlerden olan kendi kendine yardım konusunda %14.7'sinde bilgilendirme yapılmaktadır (Tablo 4.10). Spijker ve ark tarafından 2014 yılında yapılan çevrim içi kendi kendine yardım etkinliğinin intihar düşüncesine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarına göre kendi kendine yardımın bireylerde intihar düşüncesini azalttığı sonucuna varılmıştır¹⁶⁸. Çalışma kapsamında yer alan kendi kendine yardım sayfasından alınan bir örnek aşağıda yer almaktadır¹⁶⁹.

Bir sorunun olduğunu biliyorsun, ama onunla yaşayabileceğini de, iradenle bunu başarabilirsin.

Başkalarının size yardım etmesine ve destek vermesine izin verin. Tam olarak ne olduğunu söyleyemiyorsanız, bunu belirtin.

Düşüncelerinizle yalnız kalmamaya çalışın.

Sağlık personeli ve doktorlarla anlaşmalara uyun ve verilen tüm ilaçları alın.

Düzen oluşturmaya çalışın. Uyuyun ve belirli zamanlarda yemek yiyin ve her gün egzersiz yapmaya çalışın.

Evinizde ve çevresinde, kendinize zarar verebileceğiniz her şeyi kaldırın.

Alkol ya da uyuşturucu kullanmayın. Bunlar aslında sorunu tetikleyebilir ve durumunuzu daha da kötüleştirebilir.

Güvenliğinizden endişe duyuyorsanız, bizimle iletişime geçmeyi seçebilirsiniz.

doktorunuz: mesai saatleri içine

113 İntihar önleme : 24 saat mevcut

Web sayfalarında depresyon hakkında bilgi verilme durumu göz önüne alındığında, %13.0 gibi bir oran olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 4.10). Depresyonun bireylerin intihar etmesinde etkin rol oynadığı bilinmektedir^{170,171,172}. Bu sebeple, web sayfalarında depresyon belirti ve bulgularına ve tedavi almaları gerektiği yönünde bilgilere yer verilmesi intiharın önlenebilirliğini arttırmaktadır.

Web sayfalarının %17'sinde mitler ve asıl bilinmesi gereken gerçekler konusunda kullanıcılara bilgi sunulduğu görülmektedir. Mitler, herhangi bir bilimsel gerçeği yansıtmayan insanların kafasında yer alan, kültürel olarak kabul edilen yanlış inanışlar olarak tanımlanabilir. İntiharın önlenmesinde intihar hakkındaki mitlerin ortadan kaldırılması önemlidir^{8,173,174}. Web sayfalarında “mitler ve gerçekler” konusunda ki bilgilere yer verilmesi intiharın önlenebilirliğini artırabilir.

Web sayfaları incelendiğinde en yaygın kullanılan mit ve gerçekler:

Mit : *İntihar riski taşıyan insanlar nadiren intihar hakkında konuşurlar.*

Gerçek: *İntihar eden insanlar genellikle intihar hakkında sözlü işaretler verir. Bazı araştırmalar, intihar eden kişilerin en az 2/3'ünün bunu uygulama niyetini ifade ettiğini bildirmiştir.*

Mit: *İntihar hakkında konuşmak intihar davranışını tetikleyebilir.*

Gerçek: *Konunun açıkça tartışılması krizdeki kişinin sorunlarını ve olası çözümlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur ve genellikle rahatlama ve anlama sağlar.*

Mit: *İntihar eden tüm bireyler ruhsal olarak hastadır ve intihar her zaman psikotik bir kişi tarafından gerçekleştirilen bir eylemdir.*

Gerçek: *Yüzlerce intihar notunun incelenmesi, intihar eden kişinin çok mutsuz olmasına rağmen, mutlaka ruhsal olarak hasta bir kişi olmadığını göstermektedir.*

Mit: *İntihar önlenemez.*

Gerçek: *İntihar eden çoğu kişi gerçekten ölmek istemiyor. Sadece acının durmasını istiyorlar. Çoğu intihar önlenbilir. Arkadaşınız veya aile üyeniz intiharla ölmek veya intihar düşünceleriyle konuşmaktan bahsediyorsa, onları Pieta House'da bizim gibi şefkatli profesyonellerden yardım almaya ikna eder.*

Mit: İntihar dikkat çekmek içindir.

Gerçek: İntihar girişiminde bulunan birinin ciddiye alınması ve şefkatle tedavi edilmesi gerekir. Destek ve profesyonel yardım olmaz ise, intihar girişimini tekrarlama riski artar.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Koruyucu psikiyatri bağlamında intiharı önleme ve yardım sayfalarını içeren web sayfalarının kapsam analizinin yapıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

➤ Web sitelerinin %90.5'inin (n:133) güncel olduğu, en yoğun %51.7 oranında Avrupa kıtasında, en az yoğunlukta ise %2.7 oranında Afrika kıtasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Avrupa kıtasında %6.60 oranı ile en fazla web sayfasına sahip ülkelerin Çek Cumhuriyeti ve İtalya, Belçika, Fransadır. Litvanya ise %5.30 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. Asya kıtasında Japonya %21.9'luk bir orana sahiptir. (EK 2). Ülkemizde ise intiharı önlemeye yönelik hazırlanmış bir web sitesi ve intiharı önleme hattı bulunmamaktadır.

➤ Web sitelerinin %93.2'sinin ülkenin resmi dili kullanılarak, %23.8'inin ise çoklu dil seçeneği kullanılarak hazırlandığı, tamamına yakınının (%97.3) ideal tasarımda (temanın açık, yazı renginin koyu olma durumu) olduğu, yarısından fazlasının mobil uyumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Web sayfalarının en fazla intiharı önleme amacı ile kurulduğu görülmektedir. Krize müdahale ise %26'luk oranla ikinci sırada yer almaktadır (Tablo 4.4). Web sayfalarının %24.9'ünde bireysel terapi, %15.6'sında grup terapisi yapıldığı bilgisi verilmiştir (Tablo 4.5).

➤ Web sitelerinin isimlerin de "İntihar" kelimesine yer verme durumları incelendiğinde %81.6'sında intihar kelimesi kullanılmamaktadır (Tablo 4.6). Web sayılarında kullanılan iletişimin %96.6'sında telefon aracılığı ile , %55.1'inde e-posta kullanımı ile olduğu belirtilmiştir (Tablo 4.7). Sosyal medya bağlantısında en etkin sosyal paylaşım sitesinin %79.6 oranı ile Facebook olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Dernek, kamu ve üniversite aracılığı ile kurulan web sayfalarının çoğunluğunda (%69.5) eğitim almış gönüllülerin danışmanlık hizmetini yürüttüğü bilgisine ulaşılmıştır (Tablo 4.9).

➤ Web sayfalarının intiharı önlemeye yönelik içerikleri incelendiğinde %23.9'inde intihar hakkında bilgilere ve %19.6'sinde intihar için uyarıcı işaretlere yer verildiği saptanmıştır. Web sayfalarının %14.70'inde kendi kendine yardım hakkında bilgilere, %14.05'inde ise bir başkasına yardım etme konusunda bilgilere yer verildiği bulunmuştur (Tablo 4.10).

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda;

- Ülkemizde intiharı önlemeye yönelik bir web sayfası olmadığı gibi 7 gün 24 saat ulaşılabilen, anonim ve ücretsiz krize müdahale ve intiharı önleme telefon hattı da bulunmamaktadır. İntiharı önleme stratejilerinde, intiharı önlemeye yönelik web tabanlı uygulamalara yer verilmeli ve bu doğrultuda web tabanlı uygulamalar geliştirilmeli ve etkinliği değerlendirilmelidir.
- Ülkemizde de göçmen nüfusunun giderek artması nedeniyle geliştirilen web sayfalarında çoklu dil seçeneğine yer verilmeli, ulaşılabilirliğin artması mobil cihazlarla uyumlu, çok fonksiyonlu iletişim yönteminin kullanılabilirliğine imkan sunan web sayfaları tasarlanmalıdır. Bu uygulamalarda, dernekler ve kamu kurumları iş birliği içerisinde olmalı ve ruh sağlığı uzmanları tarafından eğitim almış gönüllülerden destek alınarak, çok yönlü iletişim ve ulaşımı sağlamak adına telefon, e-posta, çevrim içi sohbet imkânı sunulmalıdır.
- Ülkemizde acil sağlık hizmetlerini yürütmekte olan 112 Acil Sağlık Hizmetleri Biriminde görev yapan sağlık personeline (hekim, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, paramedik) ruh sağlığı uzmanları tarafından belirli aralıklarla intiharı önleme eğitimleri verilmelidir.
- Web sitelerinde, intiharı düşünen bireylere ve ailelerine yönelik intihar ve intiharın risk faktörleri, intihar için uyarıcı işaretler, mitler ve gerçekler hakkında belirli aralıklarla güncellenen bilgilere mutlak suretle yer verilmeli, bir başkasına yardım ve kendi kendine yardım kılavuzları hazırlanarak kullanıcılara sunulmalıdır.
- Web sayfalarının tanıtımı, güncelliği ve kullanıcılara paylaşım yapma imkanı sunması açısından sosyal medya bağlantılarına yer verilmelidir. Özellikle yaygın kullanımı olan Facebook, Twitter, Youtube gibi birden çok sosyal medya bağlantısı olmasına özen gösterilmelidir.
- İntiharın önlenmesinde ulusal eylem planı hazırlanması ve psikiyatri hemşirelerinin ekibin bir parçası olması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Tel H.İntihar ve psikiyatri hemşireliği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.2016;2(2):14-23.
2. Öncü B.İntihar davranışı:Epidemiyoloji ve risk etmenleri.Psikiyatride Güncel-Update in Psychiatry. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi.2017;7(1):1-14.
3. World Health Organization, Mental Health, Suicide Data, https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, Erişim tarihi: 09 Nisan 2019.
4. Harmancı P.Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi.Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.2015;1.
5. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri, 2017. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/olum_istatistikleri_2017.pdf. Erişim Tarihi: 02 Mayıs 2019.
6. Türkiye İstatistik Kurumu.İntihar Girişim İstatistikleri TR31 İzmir.2013:1-50.
7. Devrimci Özgüven H, Hoşgören Alıcı Y.İntiharı Önleme.Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.2016;9(3):71-76.
8. Alptekin K, Duyan V.İntiharı önleme: sorunlar ve öneriler. Kriz Dergisi.2009;17(2):13-20.
9. Aydemir Ç. İntihar davranışında tedavi stratejileri ve intiharın önlenmesi.Psikiyatride Güncel-Update in Psychiatry. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi.2017;7(1):37-45.
10. Befrienders Worldwide.<https://www.befrienders.org/about-us>. Erişim Tarihi:06 Mayıs 2019.
11. World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Preventing suicide: A resource for media professionals. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf 2008;1-18. doi:10.1186/1744-859X-7-1
12. Sakarya D, Güneş C, Sakarya A.İnternette İntiharı Aramak: İnternet Sitelerinin İntihar ile İlişkili İçeriklerine Göre Değerlendirilmesi.Türk Psikiyatri Dergisi.2012;23:1-5.

13. Öztürk A, Akın S.Üniversite Öğrencilerinin intihara İlişkin bilgi düzeyleri ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2018;9(2):96-104.
14. Boyce N. Pilots of the future: Suicide prevention and the internet.The Lancet.2010;376(9756)1889-1890.
15. Chamberlain PN, Goldney RD, Taylor AW, Eckert KA.Have mental health education programs influenced the mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation? A comparison between 1998 and 2008 in South Australia. doi:Suicide and Life-Threatening Behavior.2012;42(5):525-540.
16. Türk Dil Kurumu.http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&ara .Erişim tarihi: 12 Şubat 2019.
17. Bulut ER, Küçük H, Bulut NS.İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış.Cumhuriyet Medical Journal.2012;34(1):128-137.
18. Bağlı M.Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu.Kriz Dergisi.2000;12(1):21-40.
19. Demir H, Çakmak C.Halk sağlığı problemi olarak intiharlar: Türkiye örneği.Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi.2017;1(2):94-118.
20. Odağ C.İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım.İzmir:Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim hizmetleri, Org.Ltd.Şti. Yayınları.2008.
21. Alptekin K. İntihar davranışı:yaygınlık, nedenler ve sonuçlar.İstanbul:Diyanet İşleri BaşkanlığıYayınları: 1305 İlmî Eserler: 295.2016:p.11-16.
22. Saygılı S.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemler İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.2018, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi,110 sayfa, İstanbul. (Doç. Dr. Nusret Soylu)
23. World Health Organization, World health statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/. 2018;7-32.
24. Atasoy E, Ertürk M. İntiharların coğrafyası:Rusya örneği.Doğu Coğrafya

- Dergisi.2014;19(31):37-64.
25. Kasparas A. This Country Has Among the Highest Suicide Rates in the World. <https://theculturetrip.com/europe/lithuania/articles/this-country-has-among-the-highest-suicide-rates-in-the-world/> Erişim tarihi:05 Nisan 2019.
 26. Amerikan Foundation for Suicide Prevention. <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>. Erişim tarihi:05 Mayıs 2019.
 27. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060 Erişim Tarihi:16 Nisan 2019.
 28. Türkiye İstatistik Kurumu.Hayati İstatistikler.İntihar sayısı ve kaba intihar hızı <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi:05 Mayıs 2019.
 29. World Health Organization. National suicide prevention strategies.Progress, examples and indicators, 2018, https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/, Erişim tarihi:12 Mayıs 2019.
 30. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour.The Lancet.2016;387(10024):1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
 31. Türkiye İstatistik Kurumu. Merkezi Dağıtım Sistemi. İntihar İstatistikleri, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr>. Erişim tarihi: 5 Temmuz 2019.
 32. Duru G, Özdemir L.Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.2009;16(2):34-41.
 33. Özcan B, Şenkaya S, Özdin Y, Dinç A.Türkiye ' deki İntihar Vakalarının Çeşitli Kriterlere Göre İstatistiksel Olarak İncelenmesi.Sosyal politika Çalışmaları Dergisi.2018;40:11-34.
 34. Durak Batıgün, A.İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme.Türk Psikoloji Dergisi.2008;23(62):65-75.
 35. Tunali H, Özkaya S. Türkiye 'de işsizlik - intihar ilişkisinin analizi.Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.2016;5(2):56-70.
 36. Topbaş F.İşsizlik ve intihar ilişkisi: 1975–2005 Var analizi.Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi.2007;2:161-172.

37. Özel A, Keser N, Köksal E. İntihar ve intihara teşebbüs eden bireylerin cinsiyeti, eğitim düzeyleri ve coğrafi dağılımları: Kütahya şehri örneği. *Doğu Coğrafya Dergisi*.2008;13(19):231-250.
38. Atli A, Uysal C, Kaya M, Bulut M, Güneş M, Karababa İ, Bez Y, Beşalti S, Sir A. Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. *Journal of Mood Disorders*. 2014; 4(3):110-114.
39. Ayas, S. İşsizlik ve eğitim seviyesinin intihar üzerindeki etkisi : TÜİK verileri üzerine ampirik bir çalışma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*.2016;14(28):101-119.
40. Bálint L, Osváth P, Rihmer Z, Döme P. Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *Journal of Affective Disorders*.2016;190:777-783.
41. Atay İM, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri : Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*.2004;12(3):39-52.
42. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin intihar girişimlerinin özellikleri. *Düşünen Adam Dergisi*.2003;16(4):231-234.
43. Polat S, Helvacı Çelik FG, Köroğlu A, Aslan M, Hocaoğlu Ç. Bir Eğitim Hastanesine İntihar Girişimi ile Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*.2016;17(1):18-23.
44. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry - Special Topics*.2016;9(3):21-25.
45. Can SS, Güngör B, Aşkın R. Hekim İntiharları. *Kriz Dergisi*.2013;21(1-2-3):33-39.
46. Moutier C, Norcross W, Jong P, Norman M, Kirby B, McGuire T, Zisook S. The Suicide Prevention and Depression Awareness Program at the University of California , San Diego School of Medicine. *Academic Medicine*.2012;87(3):320-326.
47. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yuen HP, Yung A, Pirkis J. Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students : results from a pilot study.2016;10:28-35.
48. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can We Really Prevent Suicide? *Current Psychiatry Reports*.2012;14(6):624-633.

49. Ekşioğlu S, Güleç H, Şimşek G, Semiz ÜB. İntihar girişimi bulunan duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2015;26(2):99-106.
50. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. İntihar Değerlendirilmesi. *Klinik Görüşme Psikolojik Değerlendirme Esasları*. Çeviri Editörü Akbaş, Gülçin Korkmaz, Leman, İthaki Yayınları, İstanbul, 2018:327-371. in
51. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative, 2014, https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2019.
52. Verimer T. Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Depresyon. *Aydın Sağlık Dergisi*. 2016;2(1):1-23.
53. Sheikhmoonesi F, Zarghami M. Prevention of physicians' suicide. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(2):1-3.
54. Günderci A, Karatay G, Gökçe S, Güler B. Tunceli' de 2005-2015 yılları arasında gerçekleşen intiharlara ilişkin epidemiyolojik bir inceleme. *Klinik Psikiyatri*. 2017;20(2):121-128. (2017).
55. Kozatepe E. İntihar ve intihara teşebbüs yöntemleri , nedenleri ve çözüm yolları. 2015, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 127 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin).
56. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (Sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(4):204-212.
57. Aydoğdu A, Kocaman Yıldırım N, Özkan M, Özkan S. Gelişimsel ve durumsal krize müdahale : Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(2):92-97.
58. Kızılpınar SÇ, Berker D. Acil servisine intihar girişimi sebebiyle başvuran hastaların sosyodemografik özellikler yönünden incelenmesi. *Kriz Dergisi*. 2018;26(1).
59. World Health Organization. Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Erişim tarihi: 10 Nisan 2019.
60. Duman N. İntihar ve medya. *Ekev Akademi Dergisi*. 2019;23(77):323-332.
61. Bilginer Ç, Çöp E, Göker Z, Hekim Ö, Sekmen E, Üneri Ö. İlaç içerek intihar girişiminde bulunan gençler ve koruyucu-önleyici hizmetlere genel bakış. *Düşünen Adam: The*

- Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017;30:243-250.
62. Yeğenoğlu İ. İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar. 2015, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 117 sayfa, Aydın, (Prof. Dr. Mehmet Eskin).
 63. Güler Z, Şen Altın N. İntiharın gazetelerdeki yansımaları. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2013;16(2):115-150.
 64. Sümer N. Antik ve ilkel toplumlarda intihar olgusu. Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2014;1(1):83-116.
 65. Adler, A. Psikolojik Aktivite. Çevirmen Belkıs Çolakçı. Say Yayınevi, İstanbul, 1996.
 66. Bozkurt N. Depresyonda bilişsel davranışçı yaklaşımlar, Beck'in bilişsel kuramı. Ege Eğitim dergisi. 2003;3(2):59-64.
 67. Palabıyıkoglu R. İntihar davranışında ailenin rolü ve önemi. Kriz Dergisi. 1993;1(2):62-68.
 68. Apaydın H, Özdemir Ş, Zoroğlu Ünal A. İntihar girişiminde bulunan bireylerde bazı değişkenlerle intihar girişimi ilişkisi. Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2016;3(6):7-46.
 69. Aydın M, Hacimusalar Y, Hocaoglu Ç. İntihar davranışının nörobiyolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry. 2019;11(1):1-23.
 70. Dan R. IASP Special Interest Group - The Genetics and Neurobiology of Suicide. <https://iasp.info/genetics.php> Erişim tarihi: 15 Nisan 2019.
 71. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. Klinik Psikiyatri. 2012;15:218-225.
 72. Aşiloğlu N, Uzunhasanoğlu E, Baysal K, Akbaş S. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2009;17(2):1-11.
 73. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri. 2001; Ek 2:5-15.
 74. Pandey, GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior Ghanshyam. Bipolar Disord. 2013;15(5):524-541.

75. World Health Organization, Preventing suicide a resource for media professionals update 2017.https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_201/en/ Erişim tarihi:6 Haziran 2019.
76. Gorton H. Suicide : an unspoken public health problem Risk factors.The Pharmaceutical Journal.2015;20:36, <http://www.pharmaceutical-journal.com/opini-on/blogs/suicide-an-unspoken-public-health-problem/20069127.blog>.
77. Little TD, Roche KM, Chow S, Anna PB, Leslie B. National institutes of health pathways to prevention workshop: Advancing research to prevent youth suicide.Annals of Internal Medicine.2016;165(11):795-799.
78. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2019.
79. Alptekin K.Sosyal hizmet bakış açısından genç yetişkinlerde intihar girişimlerinin incelemesi: Bir model önerisi.2008, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 200 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Veli Duyan).
80. Çınar Y.Yaşlılarda intihar davranışı ve müdahale ilkeleri.sikiyatride Güncel-Update in Psychiatry. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi.2017;7(1):64-72.
81. Kütahya İl milli Eğitim Müdürlüğü.U-umtluyum Projesi:Kütahya İlinde İntihar Olasılığı ve Sebepleri Üzerine Yapılan Araştırmanın Raporu, 2012.https://kutahya.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2015_04/03123917_umutluyumprojesi.pdf, Erişim Tarihi:12 Mayıs 2019.
82. Tatlıhoğlu K.Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: Sosyal psikolojik bir yaklaşım.AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.2012;12(2):135-157.
83. Doğan O.Dünden bugüne Türkiye’de sosyal psikiyatri uygulamaları.Anadolu Psikiyatri Dergisi.2016;17(2):136-142. doi:220090
84. İntiharı önlemek için dernek kuruldu. <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/intihari-onlemek-icin-dernek-kuruldu-252284>. Erişim tarihi:15 Mayıs 2019.
85. Ankara Üniversitesi Dergiler Veritabanı. <http://dergiler.ankara.edu.tr/detail.php?id=21>

Erişim tarihi:12 Mayıs 2019.

86. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara, 2011.
87. Büyükkaya E, Alacahan Y. Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destek ve krize müdahale programı.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
88. Küey L.Birinci basamakta depresyon: Tanıma, ele alma, yönlendirme.Psikiyatri Dünyası.1998;2(1):5-12.
89. Erşan M. 5.5 milyon kişi haykırıyor: Biz de varız. <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/5-5-milyon-kisi-haykiriyor-biz-de-variz-40863172>, Erişim Tarihi:12 Mayıs 2019.
90. İlhan, RS.İntiharla ilgili internet haberlerinin Türkiye’de sunum şekli ile ilgili bir ön çalışma.Kriz Dergisi.2018;26:1.
91. AA. İngiltere’de ‘İntiharları Önleme Bakanı’ atandı. Sabah gazetesi. <https://www.sabah.com.tr/dunya/2018/10/10/ingilterede-intiharlari-onleme-bakani-atandi>. Erişim tarihi: 15 Mayıs 2019.
92. Roy A. A Study of Befriending and Its Use on Suicide Prevention in India. The International Journal of Indian Psychology.2014;2(1):48-54.
93. Gilat I, Shahar G. Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet.Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes.2007;70(1):12-18.
94. Mokkenstorm JK, Eikelenboom M, Huisman A, Wiebenga J, Gilissen R. Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines.Suicide and Life-Threatening Behavior.2017;47(3):282-296.
95. IFOTES. <https://www.ifotes.org/en/about>.Erişim tarihi: 10 Mayıs 2019.
96. Gould MS, Munfakh JLH, Kleinman M, Lake AM.National suicide prevention lifeline: Enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis.Suicide and Life-Threatening Behavior.2012;42(1):22-35.
97. National Suicide Prevention Lifelines. <https://suicidepreventionlifeline.org/>. Erişim tarihi:15 Mayıs 2019.
98. Kalafat J, Gould MS, Harris Munfakh JL, Kleinman M. An Evaluation of Crisis Hotline

- Outcomes Part 2: Suicidal Callers.Suicide and Life-Threatening Behavior.2007;37(3):338-352.
99. Robinson J, Rodrigues M, Fisher S, Bailey E, Herrman H. Social media and suicide prevention: findings from a stakeholder survey.Shanghai Archives of Psychiatry.2015;27(1):27-35.
100. Vlaams Actieplan Suicidepreventie 2012-2020. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-su%C3%AFcidepreventie-2012-2020>. Erişim Tarihi:5 Nisan 2019
101. Zelfmoordlijn 1813 In cijfers.Centrum ter preventie van zelfdoding Jaarverslag 2017. https://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2019/04/CPZ_Jaarverslag_2018.pdf. Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2019.
102. International Association for Suicide Prevention - Resources: Crisis Centers. https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/. Erişim tarihi:5 Mayıs 2019.
103. Facebook. Yardım Merkezi. https://www.facebook.com/help/103883219702654?helpref=page_content. Erişim tarihi:5 Mayıs 2019.
104. Alo 182 Zor Durumda. <https://www.turkiyegazetesi.com.tr/Genel/a80366.aspx>. Erişim adresi:8 Nisan 2019.
105. Kireklo G. Alo intihar hattı lüks diye kapatıldı. <https://www.memurlar.net/haber/alo-intihar-hatti-luks-diye-kapatildi.html>. Erişim tarihi:11 Mayıs 2019.
106. Kültür, Toplum ve Aile Vakfı. <http://kultvakfi.org/page/-hayata-baglan-cunku-deger-sin-cunku-degerli-sin/25>. Erişim tarihi:11 Mayıs 2019.
107. Toygar řA. E-Sağlık Uygulamaları.Yasama Dergisi. 2018;37:101-123.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı.Stratejik Plan 2013-2017. 2012:96-103. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/455>. Erişim tarihi:11 Mayıs 2019.
109. Bal U, Yılmaz E, Tamam L, akmak S. Telepsikiyatri: şimdi ve Burada.Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry.2015;7(2):136-148.
110. Saeed SA, Diamond J, Bloch RM. Use of telepsychiatry to improve care for people with mental illness in rural North Carolina.N C Med J.2011;72(3):219-222.
111. Perry Y, Werner-seidler A, Calear AL, Christensen H. Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review. J Can Acad Child

- Adolesc Psychiatry.2016;25(2):73-79.
112. Özkan B, Erdem E, Özsoy S, Zararsız G. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*.2013;14:192-199.
 113. Luxton DD, June JD, Kinn J. Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and e-Health*.2011;17(1):50-54.
 114. Samantha G. Psychological Self-Help: Does It Work and Where to Find It. <https://www.healthyplace.com/self-help/self-help-information/psychological-self-help-does-it-work-and-where-to-find-it>. Erişim tarihi: 30 Haziran 2019.
 115. Lipczynska S. Self-help on the web. *Journal of Mental Health*.2011;20(6):615-618.
 116. Mishara B.L., Côté LP. (2013) Suicide Prevention and New Technologies: Towards Evidence Based Practice. In: Mishara B.L., Kerkhof A.J.F.M. (eds) *Suicide Prevention and New Technologies*. Palgrave Macmillan. London;2013:p.1-2.
 117. Bozkurt İ. Psikolojik yardım uygulamalarında yeni trend: Online terapiler. 2013; 10(2): 130-146.
 118. Bahadır A. Psikoterapi’de yeni bir yaklaşım: logoterapi ve Viktor Frankl. 2000;9(9):1-17.
 119. Öner U. Bibliyoterapi. Çankaya Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi *Journal of Arts and Sciences*.2007;7:133-150.
 120. Eryılmaz A. Psikolojik sorunlara müdahale ve kendi kendine yardım kitabı. 2. Baskı. Ankara. Pegem Yayın Evi, 2016:p.5-6.
 121. Bulut S. Yetişkinlerde yapılan psikolojik danışmada bibliyoterapi (okuma yoluyla sağaltım) yönteminin kullanılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2010;4(33):46-56.
 122. Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;12(2):78-83.
 123. Townsend MC. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. 6. Baskı. Tangül Özcan C, Gürhan N. Akademisyen Kitabevi. Ankara, 2016.
 124. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma*

- Geliştirme Dergisi.2012;3(1):66-74.
125. Antalya Sağlık İl Müdürlüğü. İntiharı önleme farkındalık eğitimi. <https://www.antalyasm.gov.tr/duyuru/intihari-onleme-farkindalik-egitimi/1214>. Erişim tarihi:16 Mayıs 2019.
 126. Çakır H, Topçu H. Bir iletişim dili olarak internet.Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.2005;19(2):71-96.
 127. Bayrak H. 2019 Türkiye İnternet Kullanım ve Sosyal Medya İstatistikleri. <https://dijilopedi.com/2019-turkiye-internet-kullanim-ve-sosyal-medya-istatistikleri/>. Erişim tarihi:24 Mayıs 2019
 128. Kartal N, Erigüç G.Sağlık iletişiminde bir unsur olarak sosyal medya : Bir sosyal içerik platformundaki sağlık haberlerinin incelenmesi.Gümüşhane Üniversitesi İletişim fakültesi Dergisi.2018;6(1):569-587. 0–2 (2017).
 129. World Wide Web Foundation. History of the Web. <https://webfoundation.org/about/vision/history-of-the-web/>. Erişim tarihi: 5 Nisan 2019
 130. Yalçın M.Seyahat acenteleri web sitelerinin işlevselliği: içerik analizi ve tüketici değerlendirmeleri.2017, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 146 sayfa, Muğla, (Prof. Dr. Ozan Bahar).
 131. Budak VÖ, Selçukcan Erol Ç, Gezer M. Kurumsal bir mobil web sitesinin kullanılabilirliğinin geliştirilmesi. Electronic Journal of Vocational Colleges.2017;7(3):15-26.
 132. Netcraft.<https://news.netcraft.com/archives/2019/02/28/february-2019-web-server-survey.html>. Erişim tarihi 8 Mart 2019.
 133. Kocabaş F, Özgüler VC. Türkiye’de sendikaların web sitelerinin içerik analizi yoluyla incelenmesi.Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2015;60(4):157-194.
 134. Çelik T.İnternet sitelerinin içerik ve kullanılabilirlik kalitelerinin değerlendirilmesi.Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;14(2):137-154.
 135. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması.Haber Bülteni Sayı:27819 Yayınlanma Tarihi:08 Ağustos 2018.
 136. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber

Bülteni 24–25 Yayınlanma Tarihi.

137. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Haber Bülteni Sayı:21779 Yayınlanma Tarihi:18 Ağustos 2016.
138. Mishara BL, Côté LP. Suicide Prevention and New Technologies: Towards Evidence Based Practice. In: Mishara B.L., Kerkhof A.J.F.M. (eds) Suicide Prevention and New Technologies. Palgrave Macmillan, London, 2013.
139. Hatcher S. E-Therapies in Suicide Prevention: What Do They Look Like, Do They Work and What Is the Research Agenda? In: Mishara BL, Kerkhof AJFM. (eds) Suicide Prevention and New Technologies. Palgrave Macmillan, London, 2013.
140. Mewton L, Andrews G. Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation.Journal of Affective Disorders.2015;170:78-84.
141. Christensen H, Batterham PJ, O’Dea B. E-health interventions for suicide prevention. International Journal of Environmental Research and Public Health.2014;11:8193-8212.
142. Till B, Tran US, Voracek M, Niederkrotenthale T.Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: Randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects.British Journal of Psychiatry.2017;211:109-115.
143. Çam OM, Kaçmaz ED.Tele sağlık uygulamaları ve psikiyatri hemşireliğinde kullanımı.Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.2018;10(4):363-369. doi:10.5336/nurses.2018-59821
144. Koçak A, Arun Ö. İçerik analizi çalışmalarında örneklem sorunu.Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi. 2006;4(3):21-28.
145. Imtranslator .<http://about.imtranslator.net>. Erişim tarihi:25 nisan 2019
146. Mobil Uyumluluk Testi. <https://www.google.com/webmasters/tools/mobile-friendly/>. Erişim Tarihi:15 Mayıs 2019.
147. Paracıkoğlu V, Sayıl I, Özgüven HD. Ankara ’ da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması : Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları.Kriz Dergisi.1998;12(2):1-17.
148. The Nippon Foundation Suicide Prevention Project. <https://www.nippon->

- foundation.or.jp/en/what/projects/suicide_measures. Erişim tarihi:5 Haziran 2019.
149. Dalgın T, Karadağ L. Restoran işletmeleri web sitelerinin içerik analizi: Marmaris-Bodrum örneği.AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013;13(2):133-150.
 150. IASP Congresses. <https://www.iasp.info/congresses.php>. Erişim Tarihi:11 Haziran 2019.
 151. Gülcü N, Bulut S. Bel ağrısı konusuna yönelik internet sitelerinin içerik analizi.Ağrı Dergisi.2010;22(2):68-72.
 152. Güler E, Eby G.Akıllı Ekranlarda Mobil Sağlık Uygulamaları. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi.2015;4(3):45-51.
 153. Koçer S.Kurumsal web sitelerinin kurum kimliği açısından incelenmesi: En çok tercih edilen üniversiteler üzerine bir analiz.Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;10(53):756-772.
 154. Dikiner O. İnternet reklamcılığında web sitesi tasarımının önemi.Erciyes İletişim Dergisi. 2011;2(1):155-166.
 155. Özenç Uçak N, Çakmak T.Web aayfası kullanılabilirliğinin ölçülmesi: Hacettepe Üniversitesi bilgi ve belge yönetimi bölümü web sayfası örneği.Türk Kütüphaneciliği. 2009;22(2):278-298.
 156. Surgenor PWG, Freeman J, O'Connor C. Developing the Pieta House Suicide Intervention Model: A quasi-experimental, repeated measures design. BMC Psychology. 2015;3(1):1-8.
 157. Tele-Onthaal. <https://www.tele-onthaal.be/> Erişim tarihi:02 Temmuz 2019.
 158. Zelfmoord1813. <https://zelfmoord1813.be/> Erişim tarihi:12 Temmuz 2019.
 159. Centar Srce. <https://www.centarsrce.org/> Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019.
 160. Akın E.Adsız alkoliklerin ayıklık sürecine ilişkin anlatılarının güçlendirme temelinde değerlendirilmesi.2017, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 151 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Ercüment Erbay).
 161. Hintistan S, Çilingir D.Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım : Telefon Kullanımı.Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2012;9(1):30-35.

162. Daly C, Mörch CM, Kirtley OJ.Preventing Suicide – What Precedes Us Will Propel Us.Crisis.2018;39(6):409-415.
163. Bayrak H. 2019 Türkiye İnternet Kullanım ve Sosyal Medya İstatistikleri. <https://dijilopedi.com/2019-turkiye-internet-kullanim-ve-sosyal-medya-istatistikleri/>. Erişim tarihi:24 Mayıs 2019.
164. Altıntaş M, Mertoğlu S.Hastanelerde web sitelerin halkla ilişkiler aracı olarak kullanımı : Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi ’ndeki özel hastaneler üzerine bir çalışma. Atatürk İletişim Dergisi.Sağlık İletişim Özel Sayısı.2017;14:261-278.
165. National Suicide Prevention Lifeline ‘1-800-273-TALK (8255)’. <https://www.facebook.com/800273talk/>. Erişim tarihi:5 Haziran 2019.
166. Yay Bakmaz E, Görkemli HN. Derneklerin web sitelerinin kurum kimliği yönünden incelenmesi:Mardin örneği. Selçuk Ün.Sos. Bil. Ens. Der.2018;(40):199-210.
167. SOS Voz Amiga Ligue-nos. Nos ligamos. Newsletter Fevereiro 2019. http://www.sosvozamiga.org/media/1099/newsletter_junho_2019.pdf. Erişim tarihi:10 Mayıs 2019.
168. van Spijker BAJ, van Straten A, Kerkhof AJFM. Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts : Results of a Randomised Controlled Trial.PloS ONE.2014;9(2):1-8.
169. 113 zelfmoord preventie. <https://www.113.nl/ik-denk-aan-zelfmoord/zelfhulp>. Erişim tarihi:10 Haziran 2019.
170. Durak Batıgün A.İntihar ile ilişkili bazı değişkenler : Öfke / saldırganlık , dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri.Kriz dergisi 2004;12(2):49-61.
171. Keten HS, Hakkoymaz H, Aslan Ü, Bahar Ş, Keten A, Sucaklı MH, Bozkurt S. Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların İncelenmesi.Çağdaş Tıp Dergisi.2015;5(2):102-105.
172. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri.Kriz Dergisi.2004;12(3):53-62.
173. Pérez Barrero SA.Preventing suicide: A resource for the family.Annals of General Psychiatry.2008;7(1):1-6.
174. Siyez MD. Ergenlik döneminde intihar girişimleri: Bir gözden geçirme.Kastamonu



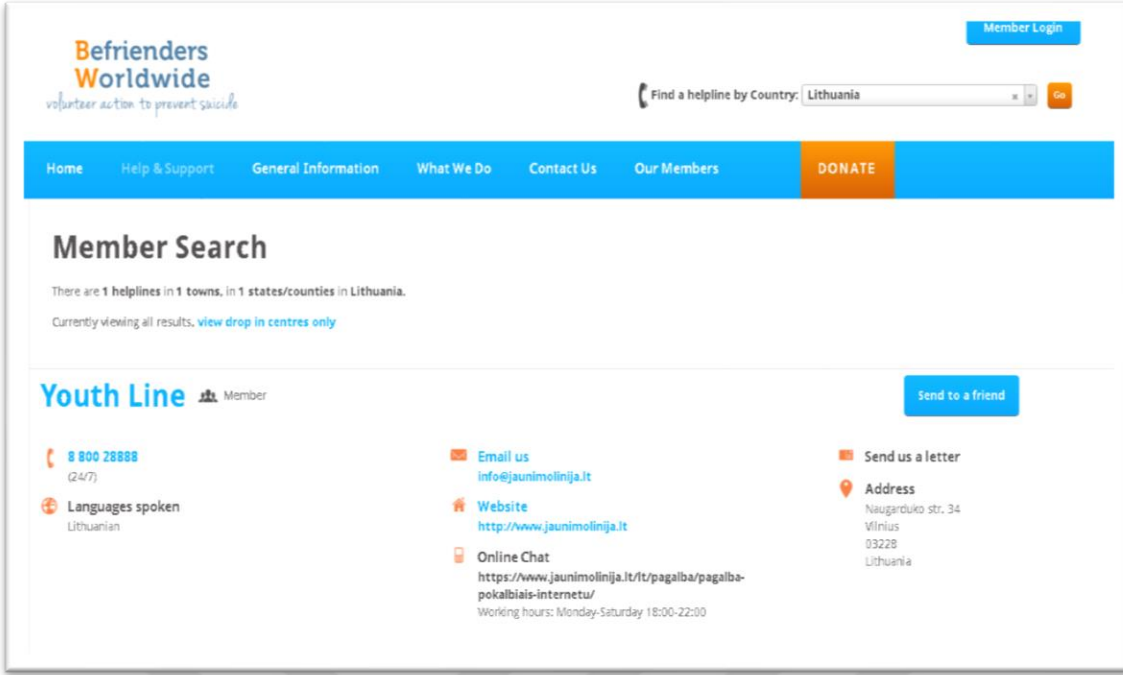
8. EKLER

EK 1: Web sayfa görüntüleri



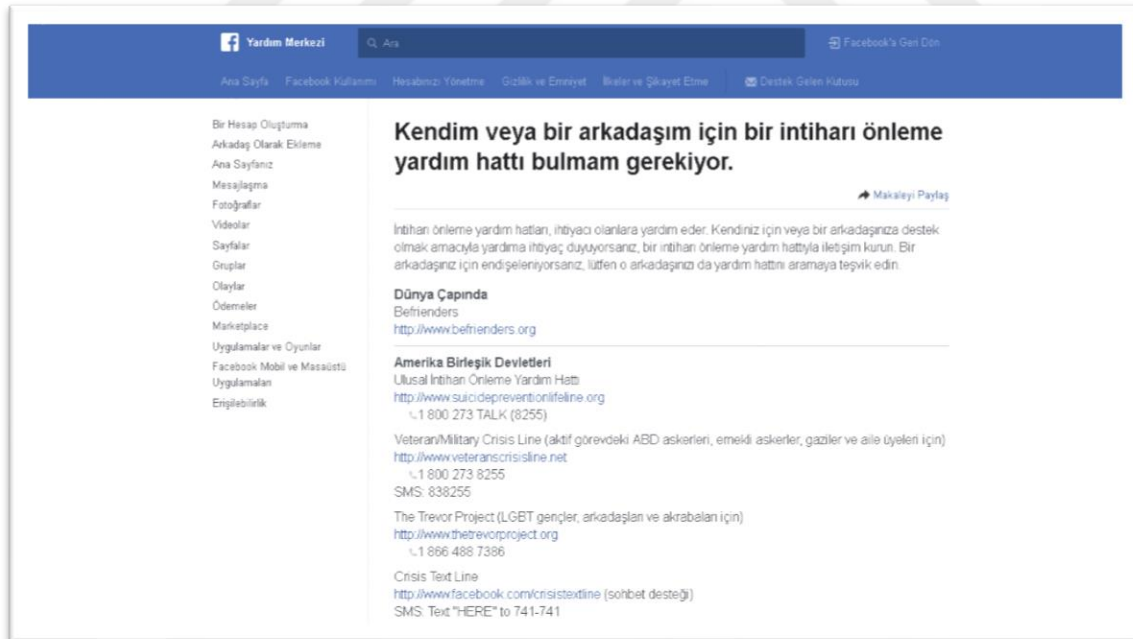
Şekil 1: Uluslararası İntihar Önlene Derneği (International Association for Suicide Prevention –IASP-) Kriz Merkezleri Web Sayfası

(Kaynak: https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/)



Şekil 2: Befrienders Worldwide Yardım Hattı Web Sayfası

(Kaynak: <https://www.befrienders.org/directory?country=LT>)



Şekil 3: Facebook İntihar Yardım Hattı Web Sayfası

(Kaynak: https://www.facebook.com/help/103883219702654?helpref=page_content)

EK 2: Araştırma Kapsamına Alınan Web Sayfa Hakkında Bilgiler (n:147)

Kıta	Ülke	Web site adresleri	Sayı	%*	%
Avrupa	Almanya	https://www.telefonseelsorge.de/ https://www.nummergegenkummer.de/	2	2.60	1.4
	Avusturya	http://www.telefonseelsorge.at/ https://www.rataufdraht.at/	2	2.60	1.4
	Belçika	http://www.tele-accueil.be/ https://www.tele-onthaal.be/ https://www.zelfmoord1813.be/ https://www.preventionsuicide.be	4	5.30	2.7
	Bulgaristan	https://www.safenet.bg/bg/ http://116111.bg/	2	2.60	1.4
	Çek Cumhuriyeti	https://www.csspraha.cz/24830-prazska-linka-duvery http://www.modralinka.cz/ http://www.linkabezpeci.cz/ http://www.mnof.cz/klinicka-oddeleni/linka-duvery-ostrava/ http://www.mostknadeji.eu/linka-dusevni-tisne/	5	6.60	3.3
	Danimarka	http://www.livslinien.dk https://bornetelefonen.dk	2	2.60	1.4
	Estonya	https://www.eluliin.ee/ https://www.peaasi.ee/	2	2.60	1.4
	Finlandiya	https://www.mielenterveysseura.fi	1	1.30	0.7
	Fransa	http://www.soshelpline.org/ https://www.suicide-ecoute.fr/ https://www.sos-amitie.com/ https://www.netecoute.fr/	4	5.30	2.7
	Hırvatistan	http://www.plavi-telefon.hr/ https://hrabritelefon.hr/	2	2.60	1.4
	Hollanda	https://www.deluisterlijn.nl/ https://www.113.nl/	2	2.60	1.4
	İngiltere-İrlanda	https://www.samaritans.org/	1	1.30	0.7
	İngiltere	https://papyrus-uk.org/	1	1.30	0.7
	İrlanda	http://www.pieta.ie/ https://www.jigsaw.ie/	2	2.60	1.4
	İskoçya	https://breathingspace.scot/	1	1.30	0.7
	İspanya	http://www.telefonodelaesperanza.org/ www.samaritansinspain.com	2	2.60	1.4
	İsveç	https://www.natm.nu/ https://mind.se/	2	2.60	1.4
	İsviçre	http://www.parspas.ch https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua https://www.143.ch/	3	3.90	2
	İtalya	http://www.prevenireilsuicidio.it/ http://www.telefonoamico.it/ http://www.cevita.it/ http://www.samaritansonlus.org/ http://www.azzurro.it	5	6.60	3.4
	İzlanda	https://www.raudikrossinn.is/polski	1	1.30	0.7

EK 2 (Devamı): Araştırma Kapsamına Alınan Web Siteler Hakkında Bilgiler

Kıta	Ülke	Web site adresleri	Sayı	%	%
Avrupa	Kıbrıs	http://www.cyprussamaritans.org	1	1.30	0.7
	Letonya	http://www.skalbes.lv/	1	1.30	0.7
	Litvanya	http://www.klausau.lt https://www.vaikulinija.lt/ https://www.jaunimolinija.lt/lt/pagalba/pagalba-laiskais/ http://www.kpsc.lt/vilties_linija.html	4	5.30	2.7
	Lüksemburg	http://www.454545.lu https://www.prevention-suicide.lu/ https://www.kjt.lu/fr/	3	3.90	2
	Macaristan	http://www.lelkisehely-szeged.hu/ http://www.sos-116-123.eoldal.hu/ https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/lelkisehely-vonal	3	3.90	2
	Moldova	www.pentruviata.md	1	1.30	0.7
	Norveç	https://www.kirkens-sos.no/ https://www.sidetmedord.no/	2	2.60	1.4
	Polonya	http://www.telefonaufania.freewebweb.com/ https://116111.pl/napisz	2	2.60	1.4
	Portekiz	http://www.telefone-amizade.pt www.vozdeapoio.pt	2	2.60	1.4
	Romanya	http://www.antisuicid.com/	1	1.30	0.7
	Sirbistan	www.centarsce.org http://www.sostelefon.org.rs/aktivnosti/aktivnosti.htm	2	2.60	1.4
	Slovakya	http://www.ldi.sk/ https://www.linkadeti.sk/linka-detskej-dovery https://www.dusevnezdravie.sk/online-poradna/	3	3.90	2
	Slovenya	http://www.telefon-samarijan.si/	1	1.30	0.7
	Ukrayna	http://www.la-strada.org.ua/	1	1.30	0.7
	Yunanistan	www.suicide-help.gr/ https://www.hamogelo.gr/gr/el/paidia-thimata-vias:sos-1056/	2	2.60	1.4
Toplam Avrupa			76	100	51.7
Asya	Bangladeş	http // www.shuni.org /	1	3.1	0.7
	Çin	https://www.lifeline-shanghai.com/ http://www.crisis.org.cn/	2	6.3	1.4
	Filipinler	http://www.ngf-hope.org/ http://crisislinephilippines.blogspot.com/ https://www.in-touch.org/	3	9.4	2
	Güney Kore	http://www.counsel24.com/ http://www.spckorea.or.kr/index.php	2	6.3	1.4
	Hindistan	http://www.samaritansmumbai.com/ http://www.saveindianfamily.org/ http://sumaitri.net/ http://www.aasra.info/ https://snehaindia.org/new/	5	15.6	3.4

EK 2 (Devamı): Araştırma Kapsamına Alınan Web Sayfa Hakkında Bilgiler (n:147)

Kıta	Ülke	Web site adresleri	n	%	%
Asya	Hong Kong	http://www.sps.org.hk/	1	3.1	0.7
	İsrail	http://www.eran.org.il/ https://sahar.org.il/	2	6.3	1.4
	Japonya	http://www.telljp.com/ http://www.spc-osaka.org/ https://www.befrienders-jpn.org/aichi/ http://www.befrienders-jpn.org/miyazaki/ http://bwj-iwate.com/wordpress/ https://www.befrienders-jpn.org/ https://www.inochinodenwa.org/lifeline.php	7	21.9	4.8
	Malezya	http://lifeline.org.my/cn/ https://www.befrienders.org.my/ http://www.befpen.org/ https://befrienderskk.weebly.com/	4	12.5	2.7
	Rusya	https://www.helpteens.ru/	1	3.1	0.7
	Singapur	https://www.sos.org.sg/	1	3.1	0.7
	Sri Lanka	http://sumithrayo.org	1	3.1	0.7
	Tayland	http://www.samaritansthai.com/	1	3.1	0.7
Toplam Asya			32	100	21.8
Güney Amerika	Arjantin	https://www.casbuenosaires.com.ar/ https://www.hablemosdetodo.gob.ar/	2	13.3	1.4
	Bolivya	http://www.telefonodelaesperanza.org/la-paz	1	6.7	0.7
	Brezilya	https://www.cvv.org.br/	1	6.7	0.7
	Ekvator	http://telefonodelaesperanza.org/quito	1	6.7	0.7
	Hunduras	http://www.telefonodelaesperanza.org/donde-estamos	1	6.7	0.7
	Kolombiya	http://www.telefonodelaesperanza.org/barranquilla http://telefonodelaesperanza.org/bogota http://telefonodelaesperanza.org/medellin http://telefonodelaesperanza.org/san-juan-de-pasto	4	36.7	2.7
	Peru	http://telefonodelaesperanza.org/lima www.sentido.pe	2	13.3	1.4
	Şili	http://www.telefonodelaesperanza.org/chillan https://todomejora.org/	2	13.3	1.4
	Arjantin	https://www.casbuenosaires.com.ar/ https://www.hablemosdetodo.gob.ar/	1	6.7	0.7
Toplam Güney Amerika			15	100	10.2

EK 2 (Devamı): Araştırma Kapsamına Alınan Web Sayfa Hakkında Bilgiler

Kıta	Ülke	Web site adresleri	Sayı	%	%
Kuzey Amerika	Amerika Birleşik Devletleri	https://suicidepreventionlifeline.org/	5	50	3.4
		https://www.imalive.org/			
		http://www.suicidehotlines.com/			
		https://www.veteranscrisisline.net/			
Kanada	Kanada	https://www.thetrevorproject.org/	3	30	2
		http://www.crisisservicescanada.ca/en/			
Manitoba	Manitoba	https://suicideprevention.ca	1	10	0.7
		http://www.moordisorders.ca/			
Quebec	Quebec	https://supportline.ca	1	10	0.7
		https://howtotalkaboutsucide.com/			
Toplam Kuzey Amerika			10	100	6.8
Okyanusya	Avustralya	https://www.beyondblue.org.au	5	50	3.4
		https://www.lifeline.org.au			
Yeni Zelanda	Yeni Zelanda	https://thesamaritans.org.au/	5	50	3.4
		https://kidshelpline.com.au/			
Yeni Zelanda	Yeni Zelanda	https://headspace.org.au/	5	50	3.4
		https://www.lifeline.org.nz/			
Yeni Zelanda	Yeni Zelanda	http://www.samaritans.org.nz/	5	50	3.4
		https://depression.org.nz/			
Yeni Zelanda	Yeni Zelanda	https://thelowdown.co.nz/	5	50	3.4
		https://www.youthline.co.nz/			
Toplam Okyanusya			10	100	6.8
Afrika	Fas	www.sourire2reda.org	1	25	0.7
	Güney Afrika	http://carelinecrisis.org/	2	50	1.4
	Kenya	http://www.sadag.org/	1	25	0.7
Toplam Afrika			4	100	2.7
TOPLAM			147		100

EK 3

İntiharı Önleme: Kriz Hattının Kurulması İçin Bir Kaynak (Preventing Suicide A Resource For Establishing A Crisis Line)

- Coğrafi engellerden bağımsız olmalı
- Ruhsal hastalıkların ve alkol madde bağımlılığının tedavisinde ayrıca intiharı önlemede etkin olmalı
- Kriz hatları genellikle ücretsiz olarak veya telefon gibi erişilebilir teknolojiler veya e-posta, çevrimiçi sohbetler, kısa mesajlar veya sosyal medya platformları gibi yeni medya aracılığıyla yerel bir arama ücreti karşılığında verilebilmeli
- Web sitesi geliştirilmeli (örneğin, kendi kendine yardım veya diğer bilgilere çevrimiçi ulaşımın sağlanabilmesi için)
- Tam zamanlı veya yarı zamanlı eğitilmiş gönüllüler, ruh sağlığı uzmanları veya ücretli çalışan uzmanlar görev alabilmekte
- Anonim(İsimsiz) olmalı. Yani, hizmeti almak için bir isim / kişisel kimlik gerekmez. (Bazı kriz merkezlerini arayan veya kriz hattı çalışanı geri çağırdığında sürekliliği sağlamak için arayanları bir isim veya takma ad ile tanımlar)
- Gizlidir (güvenlikle ilgili endişelerin olduğu acil durumlar hariç)
- Görüşmeler yargılayıcı olmamalı
- Duygusal destek sunmalı
- Ayrımcı olmamalı, yani yardım almak için dini, politik veya ideolojik gereklilikler gerekmez ve arayanlara dini, siyasi veya ideolojik inançlar iletilmemeli
- Uygun görüldüğü şekilde uygulanan kriz müdahale teknikleriyle rutin güvenlik kontrolleri ve intihar düşüncesi ve intihar riskinin rutin olarak tüm görüşmelerde belirlenmesini sağlanmalı
- Uygun olduğunda diğer kaynaklara yönlendirilmesi için tavsiyeler sunmalı
- Engellilerin kullanımı için ekstra hizmet sunmalı
- İsim odak noktasına göre belirlenmeli. Her ne kadar kriz hattı öncelikli olarak intiharı önleme konusuna odaklansa da, bazıları kendilerini kişisel bir sorun için yardım arayan biriyle konuşmaya hazır olarak tanıtıyorlar. Genellikle, kriz hatları, öncelikli odaklarını, seçtikleri isim ve hizmetlerinin reklam ve pazarlanmasında ifade eder. Örneğin, İntihar Önleme Yardım Hattı gibi bir adın seçilmesi, odak noktasının intihar eden insanlara

yardım etmek olduğu konusunda açıkça iletişim kurar. Arkadaşlar Yardım Hattı gibi bir isim, intiharı önleme konusunda belirli bir odağı belirtmez. Bazı kriz hatları, gençlere odaklanmayı seçer, örneğin Gençlik Yardım Hattı.

- Mevcut kriz hatları ile bağlantısı olup olmadığına bakma (IFOTES vb) .
- Bir kriz hattı kişisel bağışlar, hayırsever kuruluşlar, devlet desteği, dini varlıklardan destek, sosyal girişimler (örneğin, ikinci el ürünlerden yapılan satışlar), topluluk etkinliklerinden gibi çeşitli kaynaklardan finansman alabilir
- İstatistiklerin veya diğer arayanların notlarının kaydedilmesi gereklidir

İntiharı Önleme: Medya Profesyonelleri için (Preventing Suicide: A Resource For Media Professionals)

- Nereden yardım alınacağı konusunda doğru bilgi sunma (sağlık hizmetleri, kriz merkezleri gibi)
- Topluma, mitleri yaymadan intihar ve intihar önleme gerçekleri hakkında eğitim verme
- Uzmanlar tarafından intiharın risk faktörleri ve intiharı önleme konusunda bilgi sunulmalı
- Yaşam stresleri veya intihar düşünceleriyle nasıl başa çıkılacağı ve nasıl yardım alınacağı ile ilgili hikayeler sunma
- Ünlü intiharları bildirirken özellikle dikkat gösterme
- Yas yaşayan aile veya arkadaşlarla röportaj yaparken dikkatli olunmalı
- Medya profesyonellerinin intiharla ilgili haberleri hazırlarken bu durumdan etkilenebileceği göz önüne alınmalı
- İntiharla ilgili hikayeleri belirgin bir şekilde yerleştirmeyin ve bu tür hikayeleri gereğinden fazla tekrar etmeyin
- İntiharı sansasyonelleştiren veya normalleştiren bir dil kullanmayın veya sorunlara yapıcı bir çözüm olarak sunmayın
- Kullanılan yöntemi açıkça tanımlamayın
- İntiharın yeri hakkında ayrıntılı bilgi vermeyin (köprü adı gibi)
- Sansasyonel başlıklar kullanmayın (başlıkta intihar kelimesini kullanmama)
- Fotoğraflar, video çekimler veya intihar girişiminde bulunan bireylerin sosyal medya hesaplarından bilgiler kullanmayın

EK 4: Veri toplama formu

Web adresi ile ulaşılan kuruluş	<input type="checkbox"/> IASP <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Befrienders Worldwide
Web sayfasının aktifliği	<input type="checkbox"/> Aktif <input type="checkbox"/> Aktif değil
Web sayfasının güncelliği	<input type="checkbox"/> Güncel <input type="checkbox"/> Güncel değil
Bulunduğu kıta	
Bulunduğu ülke	
Kullanılan dil	
Çoklu dil seçeneği	
Ülkenin resmi dilini kullanma durumu	
Web sayfasında kullanılan tema rengi	
Web sayfasında kullanılan yazı rengi	
Görsel içerik	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Web sayfasında “intihar” kelimesinin bulunması	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tanıtım videosu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Arama butonu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yaş sınırı durumu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Bağlı olduğu Kuruluş/örgüt	<input type="checkbox"/> Kamu Kuruluşu <input type="checkbox"/> Dernek <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Bilgi verilmemiş
Web sayfasının kuruluş amacı	<input type="checkbox"/> Krize müdahale <input type="checkbox"/> İntiharı önleme <input type="checkbox"/> Depresyonu önleme <input type="checkbox"/> Diğer
Danışmanlık veren kişiler	<input type="checkbox"/> Ruh sağlığı uzmanları (belirtiniz:) <input type="checkbox"/> Eğitim almış gönüllüler <input type="checkbox"/> Gönüllüler <input type="checkbox"/> Bilgi verilmemiş

Bilgilendirme	<input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> İntihar hakkında <input type="checkbox"/> Kendine yardım hakkında <input type="checkbox"/> İntiharını düşünen bir başkasına yardım hakkında <input type="checkbox"/> İntihar eden yakınları olan kişilere yardım hakkında <input type="checkbox"/> İntihar hakkında bilinen mitler ve gerçekler hakkında <input type="checkbox"/> İntihardan önce görülebilecek uyarıcı işaretler hakkında
Terapi imkanı	<input type="checkbox"/> Grup terapisi <input type="checkbox"/> Bireysel terapi
Yardım merkezinde kullanılan iletişim yöntemi	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Chat/Sohbet <input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Yüz yüze <input type="checkbox"/> Diğer.....
Sosyal medya bağlantısı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sosyal medya bağlantısı	<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Youtube <input type="checkbox"/> İnstagram <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> LinkedIn <input type="checkbox"/> Pinterest
Facebook intihar yardım sayfası linki	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Befriends Worldwide Üyeligi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diğer yardım sayfalarına ulaşım linki	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Geçmiş intihar deneyimlerinin paylaşımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ziyaretçi istatistikleri	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yıllık faaliyet raporları	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Mobil uyum	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Anonim bilgi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Bağış imkanı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Düzce’de doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Düzce de tamamladıktan sonra, 2008 yılında başladığı ODTÜ Fizik Öğretmenliği bölümünü kendi isteğiyle terk edip, 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2016 yılında özel bir hastanede yoğun bakım ve dahiliye kliniklerinde hemşire olarak çalıştı. 2017 yılı itibariyle Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır. Evlidir ve ileri düzeyde İngilizce bilmektedir.



